

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1952

THÈSE

N° 352

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Suzanne, Gabrielle, Louise THIERRY

Ancien Interne de l'Hôpital de Caen

Née le 7 Décembre 1925, à Château-Thierry (Aisne)

Présentée et soutenue publiquement le

**RÉSULTATS DES TRAITEMENTS
DES ABCÈS DU SEIN
AU COURS DES ANNÉES 1949-1950-1951
(Maternité de l'Hôpital de Caen)**

Président : M. LACOMME, Professeur

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne

PARIS - VI

1952

UNIVERSITE DE PARIS - FACULTE DE MEDECINE

Nom du Candidat : T H I E R R Y

Prénoms : Suzanne, Gabrielle, Louise

Date de la soutenance :

THIERRY (Suzanne,
Gabrielle, Louise).-
RESULTATS DES TRAITE-
MENTS DES ABCES DU
SEIN AU COURS DES AN-
NEES 1949-1950-1951.
(Maternité de l'Hôpi-
tal de Caen).- Paris,
D.P. TAIB, 1952, in-
8°, 100 pages.

(Thèse Méd. (Etat)
Paris 1952 N°)

THIERRY (Suzanne,
Gabrielle, Louise).-
RESULTATS DES TRAITE-
MENTS DES ABCES DU
SEIN AU COURS DES AN-
NEES 1949-1950-1951.
(Maternité de l'Hôpi-
tal de Caen).- Paris,
D.P. TAIB, 1952, in-
8°, 100 pages.

(Thèse Méd. (Etat)
Paris 1952 N°)

THIERRY (Suzanne,
Gabrielle, Louise).-
RESULTATS DES TRAITE-
MENTS DES ABCES DU
SEIN AU COURS DES AN-
NEES 1949-1950-1951.
(Maternité de l'Hôpi-
tal de Caen).- Paris,
D.P. TAIB, 1952, in-
8°, 100 pages.

(Thèse Méd. (Etat)
Paris 1952 N°)

THIERRY (Suzanne,
Gabrielle, Louise).-
RESULTATS DES TRAITE-
MENTS DES ABCES DU
SEIN AU COURS DES AN-
NEES 1949-1950-1951.
(Maternité de l'Hôpi-
tal de Caen).- Paris,
D.P. TAIB, 1952, in-
8°, 100 pages.

(Thèse Méd. (Etat)
Paris 1952 N°)

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1952

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(diplôme d'Etat)

par

Suzanne, Gabrielle, Louise THIERRY

Ancien Interne de l'Hôpital de Caen.

Née le 7 décembre 1925 à CHATEAU-THIERRY
(Aisne)

--:-

Présentée et soutenue publiquement le

--:-

RESULTATS DES TRAITEMENTS
DES ABCES DU SEIN AU COURS DES ANNEES
1949-1950-1951.

(MATERNITE DE L'HOPITAL DE CAEN)

--:-

Président : M. LACOMME (Professeur).

--:-

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1952.



DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOIN,

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BALTHAZARD, BAUDOIN, BRINDEAU, CARNOT,
CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, GOUGEROT,
GUILLAIN, HARTMANN, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY,
LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LOEPER, MARION,
MATHIEU, MULON, OMBREDANNE, ROUVIERE, SANNIE,
SEBILEAU, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS.

	MM.
Anatomie	OLIVIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	GASTINEL
Biologie médicale	VERNE
Cancérologie médicale, sociale	HUGUENIN
Carcinologie	OBERLING
Chimie médicale	POLONOVSKI
	{ Hôtel-Dieu
	{ St-Antoine
Cliniques chirur.	{ Salpêtrière
	{ Cochin
Clinique chirurgicale répara-}	{ MERLE d'AU-
trice et orthopédique	{ BIGNE
Clinique de cardiologie	DONZELOT
Clinique chirurgicale infan-}	{ FEVRE
tile et d'orthopédie	{
Clinique chir. pleuro-pulmon.	MONOD
Clinique de la tuberculose	BERNARD
Clinique de neuro-chirurgie	{ PETIT -
	{ DUTAILLIS
Clinique de puériculture	LELONG
Clinique des maladies cutanées	{ DEGOS
et syphilitiques	{
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER
Clinique des maladies du sys-}	{ ALAJOUANINE
tème nerveux	{
Clinique des maladies des enf.	DEBRE
Clinique des maladies infect.	MOLLARET

MM.

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	)} DELAY
Clinique gynécologique	F. BRENTANO
Cliniques médicales	BENARD LAROCHE MOREAU LIAN
Clinique méd. hydro-climato. thérap.	J. BESANCON
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR V-R. LANTUEJOUL
Cliniques obstétricales	LEVY-SOLAL LACOMME
Clinique ophtalmologique	VELTER
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Histoire de la méd. et de la chir.	MOUQUIN
Histologie	CHAMPY
Hygiène et clinique première enf.	CATHALA
Hygiène et méd. préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et histoire natu- relle médicale	} GAILLIARD
Pathologie chirurgicale	de GAUDART d'A.
Pathologie exotique	LAVIER
Patho. expérimentale et comparée	LEMAIRE
Pathologie médicale	BARIETY
Path. et thérapeut. générales	de GENNES
Pharmacologie et matière méd.	HAZARD
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Problèmes alimentaires (c.t. pers)	RICHET
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	MOULONGUET
Thérapeutique	TURPIN
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	CHABROL

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	{ CORDIER		{ HUGUIER
	{ DEBEYRE		{ LAURENCE
	{ DELMAS		{ LEGER
Anat.Path.	{ M ^{le} GAU-	Pat.chirur.	{ OLIVIER
	{ THIER-V.		{ PADOVANI
	{ BUSSER		{ POILLEUX
Bactériolo-	{ FASQUELLE		{ ROUX
gie	{ NEVOT		{ RUDLER
Biol.méd.	{ BOURLIERE		{ VERNE
	{ ETTORI	Pat.expéri-	{ MERKLEN
Chimie méd.	{ JAYLE	mentale	
	{ SCHAPIRA		{ BERNARD
Dermato-sy-			{ BOUDIN
philigraphie	N		{ CASTAIGNE
	{ BULLIARD		{ CONTE
Histologie	{ COUJARD		{ DECOURT
	{ DESCLAUX		{ DOMART
Hydrologie	{ DEBRAY		{ DREYFUS
	{ BOYER	Pat.médicale	{ FAUVERT
Hygiène	{ DEPARIS		{ HAMBURGER
Médecine}	{ DEROBERT		{ KOURILSKY
légale }	{ GAULTIER		{ LAMY
Neurochir.	N.		{ MAURIC
Neurologie	{ de SEZE		{ MILLIEZ
	{ GRASSET		{ PERRAULT
	{ LEPAGE		{ RAMBERT
	{ MAYER		{ TIEFFRY
Obstétrique	{ MERGER		{ TURIAF
	{ RAVINA	Pédiatrie {	{ LAPLANE
	{ VARANGOT		{ MARIE
Ophtalmo-}	{ OFFRET	Pharmacologie {	{ LEVY M ^{le}
logie }	{ DESVIGNES		{ CHEYMOL
Oto-rhino-}	{ HALPHEN	Physiologie {	{ BARGETON
laryngo. }	{ MADURO		{ PARROT
Parasitolo.	{ BRUMPT	Physique }	{ DOGNON
Parasito. }	{ CHABAUD	médicale }	{ DJOURNO
coloniale }			{ GOUGEROT
	{ ABOULKER	Psychiatrie	{ BARUK
Pat.chirurg.	{ BAUMANN	Psychiatrie	{ MICHAUX
	{ SOSSET	infantile }	

	MM.		MM.
Stomato.	CHAPUT (Mme)	Thérapeutique	BROUET
Urologie	KUSS	(chargé de l'ens.)	

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
et AGREGES RAPPELES à l'EXERCICE,
pour le service des examens.

MM. BRINDEAU (Obstétrique), GATELLIER (clinique chirurgicale), LE LORIER (Obstétrique), VAUDESCAL (Obstétrique).

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à TITRE PERMANENT.

	MM.		MM.
Clinique) chirurg.	{ AMELINE	Clinique) médicale	{ BOULIN
	{ MENEGAUX		{ BROUET
	{ PATEL		{ CACHERA
Clinique) obstét.)	{ SICARD		{ DELARUE
	{ DIGONNET		{ GARCIN
	{ ECALLE		{ HAGUENEAU
Clinique) ophtal.	{ SUREAU		{ LENE GRE
	{ RENARD		{ MARCHAL
Urologie	COUVELAIRE		{ SOULIE

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
Secrétaire-Adjoint Mle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
Bibliothécaires Mles DUMAITRE
GOICHON
LAURENT
LE NOIR

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
les dissertations qui lui seront présentées,
doivent être considérées comme propres à leurs
auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune
approbation ni improbation.

A ma Grand'Mère.

A mes Parents,

très affectueusement.

A mon Frère,

in memoriam.

A ma Famille.

A tous mes Amis.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur M. LACOMME,

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Accoucheur des Hôpitaux,
Médecin-Chef de la Maternité de
Port-Royal,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence
de notre Jury de Thèse.

Nous lui demandons de trouver
ici l'expression de notre res-
pectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur P. BONNET,
Professeur de Clinique Obstétricale à
l'Ecole de Médecine de Caen,
Médecin de la Maternité,

Il nous a inspiré cette thèse et
nous a aidé dans ce travail de
ses suggestions, de ses conseils,
et de son expérience. L'accueil
bienveillant qu'il nous a tou-
jours réservé dans son service,
l'aide précieuse qu'il ne nous
a pas ménagée, nous font un agréa-
ble devoir de lui exprimer au-
jourd'hui notre vive gratitude et
notre respectueux attachement.

A nos Maîtres de l'Hôpital de Caen,

Internat 1948-1951.

Monsieur le Docteur R. HISSARD,
Monsieur le Docteur P. LACROIX,
Monsieur le Docteur A. MORICE,
Monsieur le Docteur P. GUIBE,
Monsieur le Docteur J. OLIVIER,
Monsieur le Docteur M. VIGOT,
Monsieur le Docteur J. L'HIRONDEL,
Monsieur le Docteur P. BONNET,
Monsieur le Docteur Y. TOULORGE,
Madame le Docteur G. FEUTRY,

En témoignage de notre grande
admiration et de notre pro-
fond respect.

A nos Professeurs
de l'Ecole de Médecine de CAEN,

Monsieur le Docteur A. MORICE,
Monsieur le Docteur P. LACROIX,
Monsieur le Docteur P. GUIBE,
Monsieur le Docteur R. VILLEY,
Monsieur le Docteur J. ROUSSELOT,
Monsieur GUEGAN,
Monsieur LEROUX,
Monsieur R. FEUTRY,
Monsieur LAFONT,
Monsieur le Docteur J. OLIVIER,
Monsieur le Docteur P. NAVARRE, in memoriam
Monsieur le Docteur J. PORIN,
Monsieur le Docteur P. BONNET,
Monsieur le Docteur Jacques L'HIRONDEL,
Monsieur le Docteur M. VIGOT,
Monsieur le Docteur Jean L'HIRONDEL,

En hommage à leur dévouement.

A Madame L. MICHARD,

Sage-Femme Chef de la Maternité de
l'Hôpital de Caen,

Qu'elle trouve ici le témoignage
de notre amicale gratitude pour
l'accueil qu'elle nous a réservé
dans son service et les précieux
conseils qu'elle nous a prodigués.

RESULTATS DES TRAITEMENTS
DES ABCES DU SEIN AU COURS DES ANNEES
1949-1950-1951.

(MATERNITE DE L'HOPITAL DE CAEN)

I N T R O D U C T I O N

Ce serait un lieu commun de rappeler la lutte constante des accoucheurs contre les infections puerpérales d'une part, les complications mammaires d'autre part.

Principalement, au cours des vingt dernières années, les infections puerpérales qui compliquaient trop souvent les semaines suivant un accouchement, ont presque totalement disparu. Actuellement, leurs manifestations graves mettant en danger la vie de la mère ne se rencontrent heureusement plus, ni dans les maternités, ni dans les cliniques, ni à domicile.

A côté de ce brillant succès, nous sommes obligés par contre de remarquer que les complications mammaires n'ont pas suivi cette évolution favorable, et si nous nous reportons aux années 1948-1949, 1950, il faut reconnaître qu'elles ont augmenté en fréquence et en gravité.

Ainsi, les infections mammaires, encore trop fréquentes et qui laissent dans nos maternités un foyer permanent de germes pathogènes susceptibles pour une cause fortuite de se réveiller, sont-elles devenues pour les accoucheurs un souci de premier plan.

Nous nous efforcerons dans ce travail, d'étudier, à la lumière des observations que nous avons pu recueillir à la Maternité de l'Hôpital de Caen, le traitement des abcès du sein, tant prophylactique que curatif,

et principalement l'emploi d'un antibiotique récemment introduit dans la thérapeutique : l'Auréomycine.

Un recul de près d'un an nous permettra de comparer les résultats des traitements par l'Auréomycine et ceux des traitements utilisés antérieurement.

I - Evolution des infections puerpérales.

Nous ne rencontrons pratiquement plus "la fièvre puerpérale" dans les salles de nos hôpitaux. Ce n'est que par sa description dans les ouvrages classiques que les jeunes médecins peuvent actuellement juger de sa fréquence et du terrible pronostic qu'elle faisait peser sur l'accouchement, même le plus simple.

Comment expliquer la régression quasi-totale de ces très graves complications ?

Les étapes de l'histoire de la médecine nous permettent de suivre les progrès réalisés par la lutte contre l'infection puerpérale. Semmelweiss en 1847 reconnaît les dangers de la contagion directe; il préconise la désinfection des mains et des instruments par lavage dans une solution de chlorure de chaux. TARNIER, en France, en 1857, insiste sur la nécessité d'isoler les femmes infectées. Quelques années plus tard, PASTEUR montre l'origine microbienne des infections puerpérales. LISTER comprend toute l'importance de la découverte de PASTEUR; avec lui commence réellement la période de l'antisepsie : c'est l'époque des injections vaginales avant l'accouchement et au cours des suites de couches. Puis on pensa qu'au lieu de chercher à détruire les microbes pathogènes introduits dans les voies génitales des accouchées, il valait mieux chercher à isoler les parturiantes de tout contact septique. Et ainsi l'asepsie fait suite à l'antisepsie.

Depuis les progrès se multiplient et prophylaxie et prévention sont nées. Au cours de la grossesse, au cours de l'accouchement, pendant les suites de couches, prophylaxie, asep-

sie, prévention jouent un rôle considérable. C'est en respectant certains principes, que l'on évitera les infections puerpérales.

Nous nous excusons de les rappeler ici, mais la thérapeutique actuelle, si riche et si variée, les fait un peu oublier et la meilleure médecine n'est-elle pas prévenir plutôt que guérir ? PASTEUR disait : "J'avoue que je n'ai jamais songé en pensant à une maladie, à lui trouver un remède; mais toujours au contraire, à trouver une méthode capable de la prévenir. On guérit peu de maladies quand elles sont développées, mais ne peut-on en prévenir beaucoup ?

A) Pendant la grossesse -

La législation moderne a compris l'utilité de surveiller les femmes pendant la gestation et, visites prénatales, carnets de maternité sont obligatoires. Des dispensaires, des consultations de femmes enceintes existent partout, même dans de très petits centres. Réciproquement, les populations ont appris à se soigner et fréquentent assidûment les dispensaires.

Les femmes sont suivies au point de vue grossesse et de judicieux conseils leur sont donnés. On leur apprend à ne pas négliger leur hygiène corporelle et, elles sont informées des complications que peuvent entraîner pertes purulentes, constipation, infection urinaire.

Le cliché pulmonaire et l'examen sérologique sont systématiques ainsi qu'un examen général complet, des traitements sont continués ou installés suivant les cas. Si bien que, à l'heure actuelle, la très grande majorité des femmes enceintes est dans un état de santé

satisfaisant. Ceci diminue largement les risques de complications au moment de l'accouchement tant pour la mère que pour l'enfant, et élimine de nombreuses causes d'infection.

B) Pendant le travail et l'accouchement -

La prophylaxie poursuit le double but de supprimer l'apport des germes de l'extérieur et de mettre l'organisme en état de résister à ceux qui ont pu pénétrer dans les voies génitales, soit avant l'accouchement, soit au moment de l'accouchement.

Pendant le travail et l'accouchement, il faut se retrancher derrière une asepsie chirurgicale. Il faut prendre un soin tout particulier à l'asepsie vulvaire. Dès les premières douleurs, la vulve doit être très soigneusement lavée, rasée, badigeonnée au mercurochrome et recouverte d'une garniture stérile. Cette toilette doit être renouvelée plusieurs fois si nécessaire pendant le travail. Les touchers vaginaux seront aussi rares que possible et chaque fois faits avec des mains et un doigtier stériles.

Au moment de l'accouchement, lors de la délivrance, il faut opérer comme pour une intervention chirurgicale : les mains sont lavées chirurgicalement, le linge, les gants, les instruments sont stériles. La technique opératoire sera aussi simple et aussi impeccable que possible. Les manoeuvres obstétricales : forceps, version, extraction de siège, ne seront faites que la main forcée. On évitera très soigneusement les lésions périnéales et surtout la délivrance sera très méticuleusement faite. C'est le temps le plus important de l'accouchement. Il faut savoir respecter le repos physiologique de l'utérus après la sortie de l'enfant; il faut savoir attendre que l'arrière-faix soit

tombé dans le vagin pour aider son extraction. Et surtout, il est nécessaire de savoir examiner très soigneusement cet arrière-faix. Il faut absolument laisser une cavité utérine nette. De la délivrance dépendent les suites de couches.

Les délivrances artificielles seront évitées le plus possible, mais il faut être assez large quant aux indications de la révision utérine. Elle est infiniment moins dangereuse faite aussitôt la délivrance que quelques jours plus tard.

On redoublera de soins et d'attention si la poche des eaux se rompt précocement. Il faut alors maintenir la garniture stérile avec un bandage en T. Et surtout minimiser le nombre des touchers vaginaux. La température est prise très régulièrement toutes les trois heures et si elle a tendance à s'élever progressivement, il est préférable de donner un traitement préventif de sulfamides, voire même de pénicilline. Ce traitement, controversé par certains auteurs, Messieurs PAUCOT et BEDRINE, en particulier, semble donner de bons résultats. Ed. CHOME, Monsieur LACOMME sont partisans de la sulfamidothérapie préventive; en 1944, les allemands REICHEST et HEYEMANN notent une diminution très nette des infections puerpérales et l'attribuent à cette prévention. Récemment, Monsieur J. GUILBEAU pense que l'aureomycine, par sa facilité d'administration et sa faible toxicité, est un antibiotique idéal pour un emploi prophylactique au cours du travail.

C) Pendant les suites de couches -

Là encore, l'asepsie doit régner. En milieu hospitalier, les femmes suspectes d'infection sont, bien entendu, isolées et soignées par

un personnel spécial, n'ayant pas de contact avec les parturiantes et les autres accouchées.

Les toilettes bi-quotidiennes sont faites le plus stérilement possible ; il faut, en particulier, veiller au plat-bassin qui doit être propre à chaque malade et flambé tous les jours. Les déchirures périnéales, les déchirures vaginales sont tout spécialement surveillées et soignées.

Tous les soins sont donnés par un personnel compétent, en parfaite santé. Il faut éviter que les infirmières enrhumées, grippées ou ayant une angine approchent les accouchées récentes. De toutes façons, le port d'un masque est recommandé. Si la malade a été mise aux sulfamides ou à la pénicilline pendant le travail, continuer ces traitements pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'accouchement est certainement judicieux.

Les affections cutanées : pyodermites, furoncles, impétigo ; les affections du rhinopharynx seront tout particulièrement dépistées et devront être traitées immédiatement et énergiquement.

Ces précautions simples et assez faciles à réaliser ont une action certaine et généralement grâce à elles, des femmes, ayant eu un travail long et pénible, ayant eu même au cours de ce travail un début d'infection amniotique, ont des suites de couches sans histoire, absolument "physiologiques". Toutes ces mesures avaient donc déjà diminué considérablement le nombre et la gravité des infections puerpérales. Les progrès du traitement curatif ont amélioré le pronostic de celles qui survenaient malgré tout.

Traitement curatif -

Il a suivi l'évolution thérapeutique de toutes les maladies infectieuses : l'abcès de fixation a donné de bons résultats et avait une valeur pronostique incontestable. La sérothérapie spécifique a compté des succès à son actif. Les transfusions sanguines petites et répétées étaient peut-être, parmi les traitements anciens, le plus efficace. Plus près de nous, les sulfamides et surtout le Dagénan ont fait preuve d'une activité remarquable, et n'ont pas déçu ceux qui les employaient.

Enfin, les antibiotiques, pénicilline d'abord, streptomycine ensuite, actuellement aureomycine, constituent un arsenal thérapeutique sur lequel l'accoucheur sait qu'il peut compter.

Les chiffres qui suivent sont suffisamment évocateurs :

- en 1858, à la Maternité de PARIS, la mortalité dans les jours qui suivaient un accouchement, était de 9,3 %.
- en 1882, à la suite des travaux de PASTEUR, la mortalité est tombée à 1,1 %.
- en 1934, elle était seulement de 0,25 à 0,5 %.

Quelles conclusions devons-nous en tirer ?

Si les mesures préventives et curatives que nous venons de passer rapidement en revue, ont considérablement diminué le nombre et la gravité des complications infectieuses en obstétrique, nous devons penser à la grande variabilité du "génie épidémique" des germes. Une diminution de virulence entre peut-être actuellement pour une part dans les

succès que nous enregistrons. Avant l'introduction dans la thérapeutique des sulfamides, des variations considérables, indépendantes des traitements alors utilisés, étaient notées dans la fréquence et la gravité des infections puerpérales.

Tout, nous ne devons crier victoire ni trop tôt, ni trop haut. D'autant plus que l'infection en général n'a pas disparu totalement de nos maternités : nous n'en voulons pour témoins que les syndromes toxiques des nouveaux-nés dont on connaît toute la gravité; les quelques cas d'ophtalmie du nouveau-né et enfin et surtout les complications mammaires. Ceci prouve que malgré toutes les précautions, les germes ne peuvent être totalement éliminés, et nous pouvons craindre qu'une brusque augmentation de leur virulence ne détermine à nouveau des septicémies puerpérales.

Le traitement prophylactique garde donc pleinement sa valeur. Il faut le rappeler de plus en plus, car les jeunes médecins, ne voyant plus d'infections puerpérales graves, et sachant qu'ils ont à leur disposition une thérapeutique active, ont tendance à relâcher la discipline; il ne le faut à aucun prix.

L'acte obstétrical restera ce qu'il doit être : un acte bénin et sans conséquences, si toutes ces précautions, qui peut-être paraissent excessives, sont respectées.

En résumé, dans le domaine des affections puerpérales, le problème thérapeutique est résolu; le problème prophylactique l'est aussi. Si l'importance et la valeur de ce dernier sont bien comprises, s'il est appliqué intelligemment, il donnera une grande sécurité.

Les infections puerpérales sont ainsi devenues pour l'accoucheur un souci passé au deuxième plan.

Il n'en est pas de même pour les complications mammaires.

II - Complications mammaires.-

Les complications mammaires sont désormais le souci majeur de l'accoucheur : leur fréquence est encore considérable, les traitements prophylactiques et thérapeutiques qui ailleurs font merveille, ici, se révèlent trop souvent insuffisants et décevants.

Fréquence -

Tant en FRANCE qu'à l'étranger, les années 1949 et 1950 ont été marquées par une recrudescence des complications mammaires. Les accoucheurs parisiens, en 1950, attirent l'attention sur l'épidémie d'abcès du sein qui sévit un peu partout.

LAMARQUE, dans sa thèse en décembre 1950, rapporte les statistiques de l'Hôpital de CLERMONT-FERRAND : sur mille accouchements environ, il y en eut :

(5 % de compliqués en 1948

(9,5 % en 1949

Et un quart de ces complications évoluait vers l'abcédation. B. MUNCK, en 1951, également dans sa thèse, nous apprend qu'à l'Hôpital de la Croix Rousse à LYON "du mois d'avril au mois d'août 1948, on incisait 77 abcès du sein; en 1949, l'épidémie prit des proportions encore plus grandes puisque pendant les dix premiers mois de l'année, 130 abcès furent traités, fréquemment multiples et bilatéraux".

En juin 1950 également, Monsieur W. GEISENDORF de GENÈVE fait une communication à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de la Suisse Romande; il remarque que le nombre des abcès du sein augmente et "j'ai, dit-il, consulté mes collègues accoucheurs de la ville et

la plupart d'entre eux m'ont dit qu'ils observaient une recrudescence d'abcès du sein évoluant de façon torpide et ne réagissant pas aux antibiotiques utilisés : pénicilline, aureomycine, ou streptomycine.

Il s'agissait nettement d'une infection à caractère épidémique puisque toutes les cliniques de la ville en signalaient des cas, qu'il y en avait également à la Maternité et chez des femmes ayant accouché à domicile. Au même moment, nous avons appris que dans plusieurs autres régions de Suisse et de France, on observait également des épidémies d'abcès du sein".

A CAEN, à la Maternité de l'Hôpital, les chiffres sont nettement moindres que ceux rapportés par B. MUNCK.

En 1949, sur 742 accouchements, nous ne relevons que 44 complications mammaires, soit environ 6 %. Mais sur ces 44 complications, une seule s'est abcédée.

En 1950, sur 846 accouchements, 41 complications, soit à peu près 5 %, mais 9 se sont abcédées et ce furent des abcès récidivants et laissant de grosses séquelles.

En 1951, 750 accouchements et 37 complications mammaire (également 5 %) dont deux seulement s'abcèdent.

A CAEN, donc, l'augmentation de la fréquence a été assez peu sensible, par contre la tendance à l'abcédation a été particulièrement nette en 1950. Nous devons cependant remarquer qu'un certain nombre d'abcès du sein se déclare plus de douze jours après l'accouchement,

lorsque les femmes sont sorties de la maternité et que ces cas ne peuvent entrer dans les chiffres que nous indiquons.

Aux environs de CAEN, les médecins de LISIEUX, COUTANCES, FALAISE (où, en 1950, près de 10 % des accouchées faisaient une complication mammaire), ont fait des constatations semblables.

FORMES CLINIQUES

Les complications mammaires les plus fréquentes des suites de couches immédiates sont les crevasses, 72% des femmes environ en font. Il semble que les primipares soient plus sujettes que les multipares. Ces crevasses sont particulièrement douloureuses et réagissent de façon très variable aux différents traitements.

Ensuite viennent les lymphangites simples, inflammation aiguë bénigne du sixième jour, avec leur triade habituelle : température à 40°, traînées rouges du sein siégeant le plus souvent dans le cadran infero-externe, et douleur. Ces lymphangites, véritable "feu de paille", s'éteignent en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Mais il peut y avoir participation du parenchyme du sein. Des nodules intra-mammaires, en général très sensibles, sont alors perçus à la palpation douce. Ils peuvent céder au traitement, mais souvent, évoluent vers l'abcès du sein.

Il faut encore noter les abcès de l'aréole et les abcès superficiels du sein, tous deux bénins et s'étendant exceptionnellement en profondeur.

Les galactophorites, reconnues facilement grâce au signe de BUDIN, qui s'observent rarement, peuvent elles aussi évoluer vers l'abcès du sein.

Enfin, la mastite aiguë ou abcès du sein proprement dit, survient soit à la suite

d'une lymphangite mal traitée, soit à la suite d'une galactophorite. Inflammation de la glande mammaire, elle passe par un stade présuppuratif et par un stade d'abcès confirmé. On peut distinguer une supra-mastite, en général, superficielle, et pré-mammaire, et une infra-mastite au contraire profonde et rétro-mammaire.

Les effroyables descriptions de mastite abcédée que nous donne ISSERMANN dans sa thèse de 1949, mastite abcédée envahissant le creux de l'aisselle et même les plans musculaires du grand pectoral, ne se voient pratiquement plus à l'heure actuelle.

ETIOLOGIE

Différentes étiologies des abcès du sein ont été envisagées. Il semble logique d'incriminer les crevasses du sein. Les traumatismes multiples et répétés du mamelon, constituent des portes d'entrée idéales pour le germe, et la macération plus ou moins constante aide à la prolifération de ces germes. Il est donc indiscutable que les crevasses favorisent le développement de complications, mais on voit, bien que très rarement, survenir celles-ci chez des femmes qui pour une raison médicale ou sociale, n'allaitent pas leur enfant.

L'engorgement mammaire est aussi une cause favorisante, le lait constituant un bon milieu de culture; il est un fait certain que les femmes ayant eu une grosse montée laiteuse sont sujettes plus que d'autres à des complications mammaires. Il est fréquent, de voir des abcès du sein au moment du sevrage.

Quant à l'origine même du germe en cause, on peut la trouver dans la bouche ou

le rhino-pharynx de l'enfant, comme le pensent les auteurs américains HESSETINE et FREUNDLICH HITE ; ou dans le rhino-pharynx de la mère et du personnel soignant ; d'ailleurs, linge, objets, aliments, visiteurs sont certainement des véhicules de germes pathogènes et peuvent constituer des sources de contaminations.

On a pensé également qu'une femme ayant eu un accouchement compliqué ou ayant des suites de couches légèrement fébriles, avec des pertes plus ou moins purulentes et fétides, ou encore présentant des lésions cutanées à type de furoncles ou d'impétigo, était candidate aux infections mammaires. Ce n'est pas toujours vérifié.

Un médecin de BESANCON a remarqué, en 1950, que l'épidémie d'abcès du sein sévissant dans la région, était contemporaine d'une épidémie de mastite chez les vaches et a pensé que le microbe en cause pouvait être le même. Monsieur LACOMME nous a demandé si dans la région de CAEN, nous avions retrouvé un fait semblable. Monsieur JACQUET, Directeur du Laboratoire Départemental de Bactériologie, qui a examiné, en 1950, de très nombreux prélèvements de lait de vache faits dans la plaine de CAEN, n'a trouvé, dans les échantillons que les staphylocoques s'y rencontrant habituellement, et aucune souche particulièrement pathogène à l'origine des mastites. Il ne nous a d'ailleurs pas signalé d'épidémie importante de mastite au cours de 1950.

Germes en cause -

Le staphylocoque doré hémolytique est le plus souvent l'agent responsable des complications mammaires. ISSERMANN, en 1949, l'a retrouvé de façon presque constante ;

PYLE avant lui également. Plus récemment, en 1950, les recherches de Monsieur LEPAGE, dans le but d'étudier la résistance du germe, ont montré qu'il s'agissait du staphylocoque doré.

Le streptocoque et le gonocoque ont été parfois retrouvés dans le pus d'abcès. JEANNIN et NEUFELD citent le cas d'abcès à colibacilles et TAPPER trouve des bacilles de LOEFFLER à la fois dans le pus d'un abcès et dans le nez d'un nouveau-né.

Nous n'avons pu réaliser la recherche des germes en cause en raison de la disparition presque totale, au cours de ces derniers mois, des complications mammaires évoluant vers la suppuration.

Traitement prophylactique et préventif.

Si nous passons en revue les différentes étiologies des abcès du sein, nous nous apercevons qu'ici encore, prophylaxie et prévention peuvent jouer un grand rôle en supprimant ou tout au moins en atténuant les crevasses du sein, les affections rhino-pharyngées de la mère, de l'enfant et du personnel hospitalier. Voyons quels sont les moyens dont nous disposons et quels sont les résultats obtenus.

1) Pendant la grossesse -

Il est classique de recommander aux femmes de préparer leurs bouts de sein. Ils seront chaque jour lavés soigneusement et ensuite passés soit à l'alcool pur, soit à un mélange en parties égales d'alcool et de glycérine. Ce traitement préventif a surtout un but moral : les femmes enceintes connaissent bien les infections mammaires des suites de couches et en ont peur; certaines, pour cette raison, préfèrent l'allaitement artificiel. Si pendant la

grossesse elles voient que l'on pense déjà aux complications possibles, et que l'on essaie d'y parer, elles hésiteront moins à "nourrir". Cependant, l'efficacité de ce traitement préventif n'est pas absolu; l'épiderme du mamelon est particulièrement fragile et de plus après l'accouchement, il est le siège de troubles trophiques dus à la chute brutale du taux de folliculine dans l'organisme; celle-ci libère la sécrétion lactée, mais prive l'édifice mammaire de l'hormone stimulante qui avait jusqu'ici assuré son plein épanouissement. La faible efficacité des mesures préventives pendant la gestation est illustrée par les faits suivants : il y a quelques années, à la Maison Maternelle de BENOUVILLE, Monsieur BONNET institua un traitement préventif des seins pour la moitié des expectantes alors hospitalisées. L'autre moitié resta sans soins. Le nombre des abcès du sein dans les suites de couches immédiates fut sensiblement le même pour chaque catégorie de femmes.

II) Aussitôt après l'accouchement -

L'enfant étant mis au sein vingt-quatre heures après sa naissance, c'est aussitôt après l'accouchement qu'il faut soigner les seins.

Avant et après chaque tétée, le mamelon doit être passé à l'alcool; entre les tétées, il doit être protégé par une gaze stérile et les seins doivent être maintenus, même un peu soutenus par un bandage ou un bon soutien-gorge.

Dès la première tétée, l'enfant doit prendre correctement le mamelon et non téter à côté du mamelon, ce qui évidemment favorise les crevasses. Un seul sein sera donné à

chaque tétée, tantôt le droit, tantôt le gauche, de façon à ce qu'ils soient vidés très régulièrement.

La montée laiteuse survient le troisième jour et est parfois très abondante; certaines femmes risquent de présenter des complications mammaires dès ce moment; il faut recommander aux mères de restreindre leurs boissons et d'éviter la bière en particulier. Si les seins sont trop gonflés, il faut les vider à l'aide du succipompe, au besoin on mettra quelques compresses humides chaudes. Certains auteurs recommandent de faire pendant un jour ou deux une piqure de folliculine. Bien entendu, les mains de la mère, de la berceuse seront très propres.

Malgré toutes ces précautions, malgré tous ces soins, les crevasses surviennent bien souvent. Comment faut-il les soigner ? Il faut avant tout redoubler de propreté, et éviter les traumatismes répétés en faisant boire l'enfant à l'aide d'un bout de sein stérile. On tâchera de hâter la cicatrisation de ces crevasses par différents moyens, d'efficacité égale, mais auxquels les femmes réagissent de façon dissemblable.

On peut employer les lénifiants (glycérine, vaseline), les antiseptiques légers (oxyde de zinc, borate de soude), les antiseptiques puissants (alcool, alcool iodé, mercurochrome), les cicatrisants (baume du Pérou, huile de foie de morue) les analgésiques (percaïne) les astringents (tanin), la pommade à la folliculine comme le préconise Monsieur BEDRINE, enfin les antibiotiques : pommade à la pénicilline, peut-être actuellement pommade à l'auréomycine ou encore associations antibiotiques plus eutrophiques comme le recommandent Messieurs RIBON et Ch.MEYER:

ils appliquent après la dernière tétée de la journée lapommade suivante :

(Benzoate de dihydrofolliculine... 0 g.0001
(Tyrothricine..... 0 g.0005
(Glycérolé d'amidon.....20 g.

et ils ont ainsi une guérison rapide des crevasses.

On aurait pu croire que la pénicilline ou les sulfamides par voie générale donnés préventivement éviteraient les complications mammaires. ISSERMANN le croyait, mais il n'en est rien. Nous l'avons vérifié bien des fois : des femmes ayant eu une césarienne, un forceps ou une version, ont été mises pendant 4 ou 5 jours après l'accouchement aux sulfamides ou à la pénicilline; elles ont fait malgré tout une complication mammaire. Les observations N° 12 et 17, et N° 2 et 10, citées aux pages 51, 54, 58, et 63 illustrent ce fait.

La prophylaxie, la prévention de ces complications mammaires sont bien connues, bien codifiées, et cependant elles ne mettent nullement à l'abri d'ennuis graves. Leur intérêt est certainement très grand, tout le monde le reconnaît, mais elles ne donnent pas la même sécurité que pour les infections puerpérales, témoins la fréquence actuelle et la récente épidémie d'abcès du sein.

Est-ce que le traitement curatif nous assure une guérison rapide et certaine à coup sûr ? Sommes-nous maintenant sur du terrain stable ? Nous allons voir, en passant en revue les thérapeutiques employées, que les échecs et les succès couronnent chacune d'elles.

Traitement curatif -

Nous n'envisagerons pas tous les traitements utilisés jusqu'alors. Les traitements par le bactériophage antistaphylococcique, par l'anatoxine de RAMON, les ultra-violets, les rayons X et même les sulfamides et en particulier les sulfamides associés à l'iodo (préconisés par R. LEGROUX), ne sont pratiquement plus employés. Aussi nous bornerons nous à étudier et à comparer les résultats des traitements par :

- 1) le propidon
- 2) la pénicilline
- 3) la pénicilline plus le propidon.
- 4) l'auréomycine.

Le propidon et la pénicilline ayant été employés, à la Maternité de CAEN, en 1949 et 1950 et le premier trimestre 1951, l'auréomycine étant utilisée depuis le deuxième trimestre 1951.

Rappel du traitement classique -

Il est mis en oeuvre soit dès l'apparition d'une lymphangite simple, soit dès la constatation d'un point douloureux dans un sein sans traînées rouges, mais un peu empâté : tout d'abord suppression de l'allaitement du côté malade, puis succipompage du sein aussi complet que possible; enfin, compresses humides chaudes alcoolisées renouvelées très régulièrement toutes les trois heures, ou vessie de glace.

Certains auteurs, ISSERMANN en particulier, combattent énergiquement les compresses humides susceptibles d'entraîner de la macération. Celle-ci est facilement évitée en vaselinant le sein et en alcoolisant les compresses.

Un tel traitement est souvent efficace : vingt-quatre heures après le début, on assiste à la régression de presque tous les signes, douleur et rougeur surtout, et il suffit de continuer pendant vingt-quatre heures encore, pour voir un sein redevenir tout à fait normal, une température à 37°. L'épisode mammaire a été bruyant mais très fugace. Par contre, dans d'autres cas, la température est diminuée certes, mais reste accrochée à 38° ou 38°5; la douleur est moins accusée mais persiste, l'empâtement est resté stationnaire ou même tend à augmenter. C'est alors que doit être mise en oeuvre une thérapeutique plus énergique.

Cependant, il nous semble que le traitement classique, donnant parfois des résultats spectaculaires et inattendus, doit être essayé presque pour toute complication mammaire.

1) Traitement par le propidon :

Si l'évolution ne nous semblait pas favorable au bout de trente-six ou quarante-huit heures, nous commençons un traitement par le propidon.

Nous faisons en général trois piqûres, une tous les deux jours, de un, puis deux, puis trois centimètres cubes de vaccin de DELBET. Deux inconvénients sont à noter : la douleur au point d'injection, parfois intense, bien soulagée cependant par des compres-

ses humides chaudes; et les réactions plus ou moins importantes des malades, avec céphalées, frissons, hyperthermie, réactions qui peuvent être si violentes que les femmes refusent la continuation du traitement.

Avec cette méthode, les succès n'étaient pas rares. Le lendemain de la première injection, on notait une diminution nette de la sensibilité du sein et une régression du ou des noyaux. Amélioration qui était plus marquée encore après la deuxième injection. Bien souvent, la troisième injection n'était faite que pour parfaire un résultat qui déjà s'annonçait certain.

Les observations suivantes témoignent de ces succès :

OBSERVATION N° 1 -

Madame G. - Primipare.

- le 3ème jour des suites de couches, Mme G. a une très grosse montée laiteuse nécessitant compresses chaudes et succipompage.

- le 7ème jour : température à 38°3. A l'examen, lymphangite du sein gauche, sein tendu et douloureux.

On commence dès ce jour le propidon (un centimètre-cube).

- le 9ème jour, la rougeur a disparu; le sein est moins douloureux, moins tendu. Deuxième injection de propidon (2 cm3).

- le 11ème jour, le sein est redevenu presque souple; on fait cependant la troisième injection de propidon (3 cm3).

- le 17ème jour, la malade quitte le service,

absolument apyrétique, ayant recommencé à allaiter son enfant.

OBSERVATION N° 2 -

Madame G. - Secondipare.

- Le 6ème jour des suites de couches : température à 38°8. A l'examen, on trouve un sein gauche douloureux, présentant, dans le quadrant inféro-externe, des traînées lymphangitiques. La palpation douce permet de sentir quelques noyaux.

En même temps que le traitement classique, on commence le propidon : 1 cm³.

- Le 8ème jour, la régression de tous les signes est déjà nette. La deuxième injection de propidon (2 cm³) est faite.

- Le 10ème jour, le sein est pratiquement normal. Par sécurité on fait la troisième injection de propidon (3 cm³).

- Le 12ème jour, la malade quitte le service; son sein est absolument normal, sa température est à 37°.

OBSERVATION N° 3 -

Madame A. - Primipare.

- Le 6ème jour des suites de couches : température à 40°. A l'examen, on trouve une lymphangite typique du sein droit. Le sein est rouge, peu douloureux, et souple dans la profondeur. On commence les compresses chaudes, on vide le sein.

- Le 8ème jour, la température est encore à 38°5. Et on trouve des noyaux parenchymateux douloureux disséminés dans le sein. On commence le propidon : une première injection de 1 cm3.

- Le 10ème jour, le sein est encore empâté, douloureux; on fait 2 cm3 de propidon.

- Le 12ème jour, le sein quoiqu'un peu sensible, a retrouvé sa souplesse. La dernière injection de propidon est faite (3 cm3).

- Le 15ème jour, le sein est à nouveau normal, et l'allaitement est repris.

OBSERVATION N° 4 -

Madame M. - Troisième Pare -

- Le 11ème jour des suites de couches : température à 39°. La malade se plaint spontanément de son sein droit. A l'examen, on trouve une lymphangite du sein droit, localisée au quadrant supéro-interne, mais avec un gros oedème de tout le sein, et à la palpation, la douleur est globale et les doigts marquent le godet. D'emblée, on commence le propidon : 1 cm3.

- La malade réagit très violemment à cette première injection : température à 40°3 le matin du 12ème jour, céphalées, fatigue générale.

- Le 13ème jour, le sein moins oedematié, est encore tendu, mais il n'est plus douloureux spontanément. On fait la seconde injection de propidon (2 cm3) à laquelle la malade réagit beaucoup moins.

- Le 15ème jour, la température est à 38°; la malade se sent bien, et le sein est seulement un peu empâté dans la profondeur. La dernière injection de propidon est faite (3 cm 3).

- Le 18ème jour, la température est à 37°, le sein est souple et indolore, l'allaitement est repris.

OBSERVATION N° 5 -

Madame L. - quatrième pare -

- Le 5ème jour des suites de couches, température à 37°8. Sein gauche apparemment normal, mais la palpation révèle un point nettement douloureux profond et sous-mamelonnaire. On met des compresses chaudes.

- Le 6ème jour, le sein est identique, mais la température est à 38°3.

- Le 7ème jour, température à 39° et lymphangite de toute la moitié inférieure du sein. On commence le propidon (1 cm3).

- Le 9ème jour, la rougeur a disparu, seule la douleur persiste. Deuxième injection de propidon (2 cm3).

- Le 11ème jour, le sein est pratiquement normal et la température est à 37°6. Troisième injection de propidon (3 cm3).

- La malade quitte le service le 16ème jour des suites de couches, apyrétique et ayant un sein gauche tout à fait normal.

OBSERVATION N° 6 -

Madame V. - Primipare -

- Le 5ème jour des suites de couches, sein droit rouge, tendu, douloureux; la malade a de nombreuses crevasses bilatérales qui saignent facilement; température à 38°4.

On supprime complètement l'allaitement et on commence le propidon (1 cm3).

- Le 7ème jour, température à 38°; le sein n'est plus rouge mais reste un peu tendu. Deuxième injection de propidon (2 cm3).

- Le 9ème jour, le sein est pratiquement normal, et les crevasses sont presque cicatrisées. Troisième injection de propidon (3 cm3).

- Le 12ème jour, la malade est apyrétique. L'allaitement est repris. Il est continué par la suite sans ennuis.

Mais les échecs n'étaient pas rares non plus. La mastite évoluait vers la suppuration, et ne semblait pas être influencée par le traitement. Celui-ci ne déterminait qu'une collection plus rapide de l'abcès, et après incision, une cicatrisation plus précoce.

Voici deux observations dans lesquelles le propidon n'a pas donné les résultats escomptés :

OBSERVATION N° 7 -

Madame G. - Primipare.

- Le 6ème jour des suites de couches, lymphangite banale du sein gauche. Température à 38°8. Le sein est rouge, mais a gardé sa souplesse.

On supprime l'allaitement du côté gauche, et on met des compresses chaudes.

- Le 7ème jour, le sein devient sensible, même température.

- Le 8ème jour, empâtement profond et douloureux du quadrant inféro-interne. Température à 38°4. On commence le propidon (2 cm3)

- Le 10ème jour, la malade a peu réagi au premier propidon; elle se plaint d'une douleur battante dans son sein. L'empâtement est devenu plus superficiel, plus important. Température à 38°2. On fait 3 cm3 de propidon.

- Le 12ème jour, même température. Les noyaux parenchymateux bien localisés ont tendance à se ramollir.
On fait 4 cm3 de propidon.

- Le 15ème jour, l'abcès est bien collecté.

- Le 17ème jour, incision de l'abcès.

Guérison très rapide en quatre jours.

OBSERVATION N° 8 -

Madame M. - Secondipare -

- Le 5ème jour des suites de couches : sein droit un peu douloureux, quelques noyaux sont sentis entre 10 heures et 12 heures. Température à 38°2.

Les pansements humides alcoolisés sont commencés.

- Le 6ème jour, température à 39°. Noyaux plus douloureux. La peau est le siège d'une lymphangite.

On commence le propidon : 1 cm3.

- Le 8ème jour, la température persiste; les noyaux se sont réunis pour former une masse assez dure, et douloureuse.

Le second propidon est fait : 2 cm3.

- Le 10ème jour : la masse occupe tout le quadrant supéro-interne. Température à 38°5. Troisième propidon : 3 cm3.

- Le 13ème jour, la masse est rénitente.

- Le 16ème jour, incision de l'abcès, bien collecté.

Les suites opératoires sont longues; l'abcès coule beaucoup et se cicatrise mal.

- Le 25ème jour, la malade quitte le service, apyrétique, et avec un sein souple et non douloureux.

Ces résultats inconstants nous ont amené à remplacer, dans une large mesure, le pro-pidon par un traitement à la pénicilline.

Celui-ci, cependant, n'a pas été totalement abandonné et nous verrons plus loin dans quels cas nous l'avons utilisé.

2) Traitement par la Pénicilline -

L. PORTES, en 1947, avait codifié le traitement des affections mammaires. Il préconisait le schéma suivant :

- Dans une mastite aiguë : 800.000 unités de pénicilline par voie générale et par vingt-quatre heures,

- localement, injections de pénicilline à raison de 500 unités par centimètre-cube.

- vessie de glace.

Les injections locales étaient pratiquées sous anesthésie générale, à l'évipan, tout au moins pour la première séance. La sensibilité du sein guidait le nombre d'injections.

ISSERMANN, dans sa thèse de 1949, présente 125 observations de malades traitées par cette méthode et rapporte 124 succès et 1 échec, mais échec dû, d'après lui, à un traitement mal conduit.

Cette pénicillino-thérapie générale et locale semblait fermement établie. ISSERMANN d'ailleurs, la considère comme un traitement "définitivement valable".

Nous avons essayé ce traitement, sans toutefois utiliser beaucoup la pénicilline locale vraiment trop douloureuse et pour laquelle nous répugnions à pratiquer chaque jour une anesthésie générale. Nous faisons pendant quatre jours, 600.000 unités de pénicilline par vingt-quatre heures par voie intra-musculaire, en 8 injections, les 600.000 unités étant diluées dans 10 cm³ de sérum physiologique.

Nous n'avons pratiquement jamais eu de complications. Les seuls inconvénients étant le nombre important de piqûres et surtout les piqûres nocturnes.

Les résultats obtenus étaient satisfaisants. Vingt-quatre heures après le début du traitement, on assistait à une régression de presque tous les signes, régression faisant par la suite de rapides progrès. Au bout de 4 jours, en général, le sein était redevenu normal et l'allaitement pouvait être repris.

Voici 18 observations de malades traitées avec succès par la pénicilline.

OBSERVATION N° 1 -

Madame C. - Cinquième pare -

- Le 10ème jour des suites de couches, apparition d'une lymphangite intense du sein droit. Température à 38°5.

Pansements humides alcoolisés toutes les 3 heures.

- Le 11ème jour, la rougeur a disparu, mais à la palpation, douleur très vive de la moitié inférieure du sein.

Température à 38°.

On commence la pénicilline : 600.000 unités par 24 heures.

Elle sera continuée pendant 4 jours.

- Le 12ème jour, le sein n'est presque plus douloureux et la température est à nouveau à 37°.

- Le 16ème jour, la malade quitte le service avec un sein droit souple et indolore.

OBSERVATION N° 2 -

Madame F. - Primipare -

- Le 12ème jour des suites de couches, température à 39°. A l'examen, le sein gauche est le siège d'une lymphangite. Douleurs irradiant dans l'aisselle et noyaux parenchymateux dans le quadrant supéro-externe.

On institue un traitement classique auquel on ajoute de la pénicilline : 600.000 unités par jour et pendant 4 jours.

- Les jours suivants, régression très progressive de tous les signes locaux et de la température.

- Le 17ème jour, le sein est tout à fait normal et l'allaitement est repris.

OBSERVATION N° 3 -

Madame T. - Primipare -

- Au 9ème jour des suites de couches, apparition d'une lymphangite intense du sein gauche. Température à 39°2. Douleur violente.

- Le traitement à la pénicilline est aussitôt entrepris.

- après 4 jours de traitement, la malade, ayant reçu chaque jour 600.000 unités de pénicilline, quitte le service; le sein gauche est absolument normal; la température à 37°.

OBSERVATION N° 4 -

Madame D. - Troisième paré -

- Mme D. a une cardiopathie rhumatismale et l'allaitement maternel est interdit.

Cette malade reçoit les premier, deuxième et troisième jours des suites de couches, une piqûre de stilboestrol. Et les seins sont comprimés.

- Le 7ème jour des suites de couches, lymphangite typique du sein gauche, avec noyaux parenchymateux dans toute la moitié inférieure du sein. Température à 40°2.

- D'emblée, on commence la pénicilline : 600.000 unités par jour pendant 4 jours.

Régression très rapide de tous les signes locaux.

- Le 12ème jour, la malade quitte le service, guérie.

OBSERVATION N° 5 -

Madame P. - Secondipare -

- Le 9ème jour des suites de couches, signes locaux très nets de lymphangite du sein droit. Température à 38°4.

Pansements humides alcoolisés.

- Le 10ème jour, température à 38°. Le sein n'est plus rouge, mais la palpation révèle une douleur très vive dans le quadrant inféro-externe.

On met la malade à la pénicilline à raison de 600.000 unités par 24 heures; elle sera continuée pendant 4 jours.

- Le 12ème jour, le sein est déjà beaucoup moins sensible.

- Le 14ème jour, le sein est tout à fait normal, l'allaitement est repris.

OBSERVATION N° 6 -

Madame G. - Primipare -

- Le 6ème jour des suites de couches, la malade sent son sein gauche lourd et tendu. Température à 38°4.

- Le 7ème jour, malgré le traitement classique, le sein est douloureux, et la température est à 39°5.

- Le 8ème jour, lymphangite de la moitié supérieure du sein. On commence la pénicilline : 600.000 unités par jour et pendant 4 jours.

- Régression de tous les signes les jours suivants.

- Le 11ème jour, alors que le sein gauche va mieux, une lymphangite du sein droit se déclare, avec une température à 39°. On fait à nouveau de la pénicilline. Cette deuxième lymphangite s'arrange aussi bien que la première.

OBSERVATION N° 7 -

Madame P. - Secondipare -

- Pendant les 6 premiers jours des suites de couches, cette malade reçoit quotidiennement 8 comprimés de sumédine pour une endométrite.

- Le 10ème jour, lymphangite du sein gauche. Température à 39°. Pansements humides alcoolisés.

- Le 11ème jour, même température, douleur spontanée irradiant dans l'aisselle, empâtement du quadrant supéro-externe.

On commence la pénicilline : 600.000 unités par 24 heures. Elle sera continuée pendant 4 jours.

- La malade quitte le service le 16ème jour, apyrétique et avec un sein absolument normal.

OBSERVATION N° 8 -

Madame P. - Primipare -

- Le 13ème jour des suites de couches, lymphangite typique du sein gauche avec une température à 40°. Mais cette malade présente des lésions cutanées infectées de tout le corps soignées par applications locales d'alcool iodé et de pommade à la pénicilline.

D'emblée, on commence la pénicilline par voie générale : 600.000 unités par 24 heures et pendant 4 jours.

- Le 18ème jour, sein gauche absolument normal, apyrexie. L'allaitement est repris. Les lésions cutanées vont beaucoup mieux.

OBSERVATION N° 9 -

Madame R. - Primipare -

- Le 8ème jour des suites de couches, température à 38°5.

A l'examen, rougeur et douleur diffuses de tout le sein droit.

Pansements humides alcoolisés.

- Le 9ème jour, l'infiltration semble plus importante et plus localisée dans la moitié supérieure du sein. Même température.

Pénicilline : 600.000 unités par 24 heures.

- Après 4 jours de traitement, la température est redevenue progressivement à 37°, les signes locaux ont régressé.

- Le 14ème jour, le sein est absolument normal.

- Le 16ème jour, l'allaitement est repris.

OBSERVATION N° 10 -

Madame K. - Secondipare -

- Malade ayant eu une grosse montée laiteuse. Du troisième jour au sixième jour des suites de couches, pansements humides alcoolisés et succipompage à plusieurs reprises. Mais apyrexie et allaitement normal.

- Le 9ème jour, lymphangite typique du sein droit. Empâtement et douleur de tout le sein gauche. Température à 39°3. Devant la bilatéralité des signes, on supprime l'allaitement et on commence la pénicilline : 600.000 unités par 24 heures. Elle sera continuée pendant 5 jours.

- Le 11ème jour, le sein droit est redevenu normal. Le sein gauche est encore ferme et sensible. L'allaitement du sein droit est repris.

- Le 13ème jour, il persiste une petite induration indolore du sein gauche.

- Le 17ème jour, la malade quitte le service, le sein gauche est normal. L'allaitement est normalement repris.

OBSERVATION N° 11 -

Madame M. - Primipare -

- Au troisième jour des suites de couches, crevasses bilatérales sur des mamelons peu développés.

- Le 8ème jour, la malade accuse des douleurs assez vives dans le sein gauche; mais pas de température. Et examen local négatif. Malgré tout, pansements humides alcoolisés.

- Le 9ème jour, apparition d'un petit noyau induré dans la région périaréolaire, et traînées lymphangitiques filant vers l'aisselle; douleur intense; température à 38°5.

On commence la pénicilline : 600.000 unités par 24 heures et pendant 4 jours.

- Le 11ème jour, la rougeur a disparu, la douleur également, le noyau est moins important, température à 37°8.

- Le 13ème jour, le sein est pratiquement normal.

- Le 15ème jour, malade apyrétique, allaitement repris.

OBSERVATION N° 12 -

Madame V. - Troisième pare -

- Malade accouchée par césarienne. Pendant les cinq premiers jours des suites de couches, reçoit quotidiennement 500.000 unités de pénicilline.

- Le 11ème jour, lymphangite du sein droit occupant dans le quadrant inféro-interne une zone rectangulaire, de 6 heures à 8 heures. Température à 38°4. Pansements humides alcoolisés.

- Le 12ème jour, la lymphangite persiste avec un petit placard induré, mais pas d'induration profonde. De plus, apparition d'une douleur vive dans le sein gauche. Température à 39°3.

On commence la pénicilline : 600.000 unités par 24 heures et pendant 4 jours.

- Le 16ème jour, guérison clinique des deux côtés. L'allaitement est repris.

OBSERVATION N° 13 -

Madame D. - Primipare -

- Le 9ème jour des suites de couches, la malade se plaint de douleurs dans le sein gauche; examen local négatif; apyrexie.

- Le 10ème jour, les douleurs persistent, le sein est ferme, mais apyrexie. Pansements humides alcoolisés.

- Le 11ème jour, lymphangite banale de la moitié supérieure du sein, on continue le traitement classique. Température à 38°5.

- Le 12ème jour, même température, apparition périaréolaire d'un noyau de la grosseur d'un abricot.

On commence la pénicilline : 600.000 unités par 24 heures et pendant 4 jours.

- Le 14ème jour, le noyau est diminué de moitié; la rougeur a disparu, température à 37°9.

- Le 16ème jour, sein pratiquement normal.

- Le 18ème jour, la malade quitte le service complètement guérie.

OBSERVATION N° 14 -

Madame L. - Quatrième pare -

- Malade ayant de très gros seins. Montée laiteuse très importante dès le deuxième jour des suites de couches. Pansements humides alcoolisés à plusieurs reprises.

- Le 5ème jour, seins gros mais souples.

- Le 8ème jour, lymphangite des deux seins avec une petite induration superficielle du sein gauche. Température : 38°1.

Pénicilline : 600.000 unités par 24 heures et pendant 4 jours. Allaitement supprimé.

- Le 10ème jour, le sein droit est normal. Le sein gauche conserve son induration. Température à 37°8.

- Le 12ème jour, le sein gauche est lui aussi normal. L'allaitement est repris. Apyrexie

- Le 14ème jour, la malade quitte le service.

OBSERVATION N° 15 -

Madame I. - Primipare. -

- Malade ayant des bouts de sein assez ombiliqués. L'enfant a tendance à téter à côté du mamelon.
- Le 3ème jour des suites de couches, crevasses bilatérales très douloureuses traitées au mercurochrome et à la poudre d'exoseptoplix. L'enfant boit à l'aide d'un bout de sein.
- Le 5ème jour, les deux seins sont engorgés, très durs et douloureux. Température à 38°. L'allaitement est supprimé et on met des compresses humides.
- Le 6ème jour, seins moins durs, mais lymphangite du sein droit et température à 40°. Pénicilline : 600.000 unités par 24 heures et pendant 4 jours.
- Les jours suivants, on assiste à une régression de tous les signes : les seins retrouvent progressivement leur souplesse ; la température tombe en lysis.
- Le 12ème jour, seins absolument normaux ; l'allaitement est repris et est continué sans ennui.

OBSERVATION N° 16 -

Madame C. - Secondipare -

- Le 8ème jour des suites de couches, lymphangite du sein droit. A l'examen, rougeur de la moitié supérieure du sein. Température à 38°8. Traitement classique.

- Le 9ème jour, la malade accuse une douleur irradiant vers l'aisselle. Un noyau parenchymateux douloureux est nettement senti à la palpation. Température à 39°2.

On commence la pénicilline : 600.000 unités par 24 heures et pendant 4 jours.

- Le 11ème jour, douleur moins vive, mais le noyau persiste. Température à 38°3.

- Le 13ème jour, on sent toujours le noyau qui est cependant indolore. Température à 37°.

- Le 15ème jour, la malade quitte le service, ayant toujours le noyau resté insensible.

OBSERVATION N° 17 -

Madame H. - Primipare -

- Malade ayant eu un forceps après un travail long et une légère infection amniotique. Elle reçoit de ce fait, pendant les 5 premiers jours des suites de couches un million de pénicilline quotidiennement.

- Le 12ème jour, très grosse lymphangite du sein droit. Température à 40°. Rougeur de tout le quadrant supéro-externe avec oedème et douleur vive à la palpation.

On recommence la pénicilline : 600.000 unités par 24 heures et pendant 4 jours.

- Le 14ème jour, régression nette de tous les signes; malgré tout, il persiste un peu d'oedème et une douleur assez vive. Température à 38°5.

- Le 16ème jour, sein pratiquement normal.
Température à 37°4.

- Le 19ème jour, la malade quitte le service avec un sein rigoureusement normal; l'allaitement est repris.

OBSERVATION N° 18 -

Madame L. - Troisième paré.

- Le 10ème jour des suites de couches, lymphangite du sein droit.
Température à 39°
Traitement classique.

- Le 11ème jour, température à 38°. La rougeur a presque disparu, mais le sein est encore un peu douloureux.

- Le 12ème jour, la malade a accusé dans la nuit, une douleur violente. La température est à nouveau à 39°. A l'examen, on sent à la palpation un gros nodule parenchymateux dans la moitié inférieure du sein.

On commence la pénicilline : 600.000 unités par 24 heures et pendant 4 jours.

- Le noyau et la température régressent très régulièrement les jours suivants.

- Le 16ème jour, température à 37°, sein redevenu presque souple.

- Le 19ème jour, guérison totale.

Malheureusement, là encore, un certain nombre d'échecs, vient prouver que la pénicilline n'est pas infaillible. En dépit du traitement, l'abcès du sein évolue vers la suppuration et l'intervention chirurgicale est le seul remède efficace. Comme pour le propidon, la collection du pus est plus rapide ainsi que la cicatrisation.

OBSERVATION N° 19 -

Madame B. - Primipare -

- Les premier, deuxième et troisième jours des suites de couches se passent sans histoire.

- Puis les 4ème, 5ème, 6ème jours, une infection pulmonaire fébrile s'installe. Température à 38°5.

- Du 6ème au 12ème jour, la malade reçoit chaque jour 8, puis 6 comprimés de sulfadiazine. La température descend progressivement jusqu'à 37°.

- Le 14ème jour, température à 39°. A l'examen, lymphangite typique du sein gauche.

On reprend un traitement anti-infectieux; on commence la pénicilline : 600.000 unités par 24 heures et pendant 4 jours.

- Le lendemain, des noyaux apparaissent dans la moitié inférieure du sein. En dépit du traitement, ils se réunissent rapidement se ramollissent et se collectent en quelques jours.

- Le 20ème jour, masse rénitente prête à se fistuliser. Température à 38°. Incision de l'abcès.

- Cicatrisation très rapide. La malade quitte le service le 26ème jour, avec un sein indolore et souple. Apyrexie.

Le traitement par la pénicilline nous a donc donné des résultats nettement supérieurs à ceux obtenus par le propidon, puisque sur 19 observations, nous n'enregistrons qu'un seul échec. Cependant, cet insuccès d'une part, la pénicillo-résistance des germes d'autre part, qui n'a cessé de s'accroître, nous laissaient présager notre impuissance devant un cas grave.

3) Traitement par la pénicilline associée au propidon.

Nous avons alors pensé que l'association pénicilline-propidon pourrait rendre de grands services dans ces cas où d'emblée l'affection semblait grave : grosse participation parenchymateuse, tension du sein plus que douleur vraie, température peu élevée.

Nous faisons parallèlement 600.000 unités de pénicilline par 24 heures pendant 4 jours et 3 injections de propidon, chaque injection séparée de 24 heures. Il semble que nous ayons ainsi enrayé des mastites qui, dès le début s'annonçaient graves.

Témoins les observations suivantes :

OBSERVATION N° 1 -

Madame L. - Primipare -

- Le 7ème jour des suites de couches, lymphangite du sein gauche; température à 40°. Lymphangite diffuse de tout le sein. Traitement classique.

- Le 8ème jour, la température est à 39°, mais le sein est encore très rouge, oedématié et exquisément douloureux.

On commence 1) la pénicilline : 600.000 U. par jour; elle sera continuée pendant 4 jours;

2) le propidon, 1 cm³; il sera renouvelé 2 fois à 2 jours d'intervalle, à raison de 2, puis 3 cm³.

- Régression très progressive des signes locaux les jours suivants.

- Le 14ème jour, le sein est absolument normal.

- Le 17ème jour, la malade sort, ayant recommencé à allaiter son enfant.

OBSERVATION N° 2 -

Madame M. - Quatrième Pare -

- Malade accouchée par césarienne. Reçoit pendant les 5 premiers jours des suites de couches, 500.000 unités de pénicilline.

- Le 8ème jour, lymphangite du sein droit avec grosse induration parenchymateuse de la moitié inférieure du sein. Température à 39° 6.

En plus du traitement classique, on commence la pénicilline (600.000 unités) et le propidon (1 cm³).

- Le 10ème jour, le traitement ne semble pas influencer les signes locaux; la malade se plaint d'une douleur battante dans son sein. On continue la pénicilline et on fait la deuxième injection de propidon (2 cm³).

- Le 12ème jour, amélioration sensible : douleur moins accusée, tension moindre de la masse parenchymateuse, température à 38°. On fait toujours 600.000 unités de pénicilline par jour et la troisième injection de propidon (3 cm³).

- L'amélioration amorcée se poursuit relativement vite.

- Le 15ème jour, sein indolore, mais encore un peu tendu; température à 37°8.

- Le 18ème jour, la malade quitte le service; son sein droit est normal ainsi que sa température.

OBSERVATION N° 3 -

Madame L. - Primipare.

- Le 3ème jour des suites de couches, grosse montée laiteuse nécessitant des compresses chaudes.

- Le 9ème jour, lymphangite des 2 seins, prédominant à gauche; température à 38°. Traitement classique.

- 10ème jour, le sein droit est toujours rouge et douloureux et le sein gauche est

empâté dans le quart inféro-interne. Même température.

- On associe alors pénicilline et propidon. 600.000 unités par 24 heures et 1,2 ; 3 cm³.

- Le 15ème jour, seins absolument normaux et température à 37°.

OBSERVATION N° 4 -

Madame M. - Troisième pare.

- Le 9ème jour des suites de couches, malade subfébrile depuis quelques jours; l'examen ne révèle rien; le sein gauche est peut-être un peu sensible. Compresses chaudes.

- Le 10ème jour, la malade accuse spontanément une douleur dans le sein gauche qui, à la palpation, est nettement induré dans sa totalité, et rouge. Température à 38°3.

Pénicilline + propidon : 600.000 unités de pénicilline par 24 heures pendant 4 jours. 1, 2, 3 cm³ de propidon, une injection tous les deux jours.

- Le 16ème jour, sein encore un peu tendu, mais indolore. On continue les compresses chaudes.

- Le 19ème jour, guérison complète.

OBSERVATION N° 5 -

Madame P. - Secondipare -

- Le 10ème jour des suites de couches, lymphangite du sein droit; température à 40°. Compresses chaudes.

- Le 11ème jour, le sein droit semble s'arranger; mais il apparaît dans le sein gauche, un noyau péri-aréolaire très sensible. Température à 38°8. On supprime complètement l'allaitement et on commence pénicilline et propidon.

- Régression des signes locaux et généraux de façon régulière les jours suivants.

- Le 20ème jour, les deux seins sont absolument normaux, et la température est à 37° depuis 48 heures. Allaitement repris.

OBSERVATION N° 6 -

Madame M. Primipare -

- Le 6ème jour des suites de couches, engorgement du sein gauche, température à 38°. Succipompage du sein et pansements humides alcoolisés.

- Le 8ème jour, les deux seins sont tendus, douloureux et on arrive à sentir quelques nodules parenchymateux. Température à 38°5.

Pénicilline + propidon : 600.000 unités de pénicilline par 24 heures pendant 4 jours et 3 injections de propidon, une tous les deux jours, de 1, 2, 3 cm3.

- Le 15ème jour, les seins ont retrouvé leur souplesse. La température est normale.

OBSERVATION N° 7 -

Madame I. - Primipare -

- Le 11ème jour des suites de couches, lymphangite du sein droit ; traitement classique. Température à 39°2.

- Le 12ème jour, même température. A l'examen, la rougeur a disparu, mais douleur vive à la palpation de tout le sein.

Aux compresses humides chaudes, on associe pénicilline et propidon (600.000 unités par jour et pendant 4 jours et 1, 2, 3 cm³ - une injection tous les deux jours).

- Le 18ème jour, apyrexie, mais le sein est encore un peu douloureux; on continue les compresses.

- Le 21ème jour, la malade quitte le service son sein droit est redevenu tout à fait normal.

OBSERVATION N° 8 -

Madame A. - Secondipare -

- Le 5ème jour, des suites de couches, gros sein droit non douloureux, température à 38°. Compresses chaudes.

- Le 6ème jour, lymphangite du sein gauche typique, température à 39°. Le sein droit est toujours tendu et de plus en plus sensible.

On commence la pénicilline associée au propidon : 600.000 unités de pénicilline par jour pendant 4 jours et 3 injections de propidon, une tous les 2 jours de 1, 2, 3 cm³.

- Le 10ème jour, malade apyrétique; le sein gauche est encore un peu rouge; le sein droit est moins tendu sauf dans le quadrant inféro-externe où l'on sent une masse parenchymateuse grosse comme une prune.

- Le 13ème jour, sein gauche normal; masse droite inchangée mais indolore.
- Le 15ème jour, la malade quitte le service; elle conserve dans son sein droit la masse parenchymateuse.

OBSERVATION N° 9 -

Madame Q. - Quatrième pare -

- Le 7ème jour des suites de couches, lymphangite du sein droit avec gros empâtement de toute la moitié inférieure du sein et douleur très intense. Température à 38°6.

D'emblée pénicilline + propidon : pendant 4 jours, 600.000 unités de pénicilline par 24 heures et tous les 2 jours, une injection de 1, puis 2, puis 3 cm³ de propidon.

- Le 11ème jour, le sein est pratiquement normal.

- Le 14ème jour, la malade quitte le service totalement guérie.

OBSERVATION N° 10 -

Madame R. - Primipare -

- Malade accouchée par césarienne. Pendant les 5 premiers jours des suites de couches, elle reçoit chaque jour 500.000 unités de pénicilline.

- Le 8ème jour, le sein gauche est le siège d'une lymphangite banale avec douleur irradiant dans l'aisselle. Température à 38°9. Compresses humides alcoolisées.

- Le 9ème jour, aucune régression n'est amorcée; bien au contraire, une induration très nette est apparue dans le quart supéro-externe. Température à 39°.

On ajoute aux compresses la pénicilline et le propidon : chaque jour, pendant 4 jours, 600.000 unités de pénicilline. Tous les 2 jours, une injection de propidon de 1, 2, 3 cm3.

- Le 16ème jour, le sein est absolument normal; la température est à 37° depuis plus de 48 heures.

OBSERVATION N° 11 -

Madame M. - Troisième Pare

- Le 7ème jour des suites de couches, lymphangite du sein droit. Température à 38°5. Traitement classique.

- Le 8ème jour, apparition d'une lymphangite de l'autre sein.

- Pénicilline + propidon : 600.000 unités par 24 heures pendant 4 jours et 3 injections de propidon, une tous les 2 jours de 1, 2, 3 cm3.

- Régression très rapide des lésions bilatérales; apyrexie le 10ème jour.

- Le 14ème jour, guérison complète; l'allaitement est repris.

L'amélioration était très rapidement sensible; mais ce traitement réunit les inconvénients du propidon : injections douloureuses, et de la pénicilline : piqûres multiples.

De plus, avec cette thérapeutique, comme avec les précédentes, l'évolution vers l'abcès n'était pas rare. Loin de voir s'amorcer une régression, on assistait parfois à une augmentation de la douleur, du nombre des noyaux; ceux-ci se ramollissaient plus ou moins vite et 6 ou 8 jours après le début du traitement, on devait inciser l'abcès.

Telle est l'histoire clinique des malades dont voici l'observation.

OBSERVATION N° 12 -

Madame B. - Primipare -

- Le 8ème jour des suites de couches, lymphangite des deux seins, rougeur diffuse mais les seins ont gardé leur souplesse. Température à 39°. On se contente de mettre des compresses chaudes.

- Le 9ème jour, température à 38°5; mais noyaux douloureux apparaissant dans la moitié inférieure du sein droit avec oedème de toute cette région.

- On commence la pénicilline associée au propidon : 600.000 unités de pénicilline par 24 heures, pendant 4 jours; une injection de propidon tous les 2 jours, de 1, 2, 3 cm3.

- Les noyaux du sein droit ne sont pas influencés par le traitement. Ils forment rapidement une masse devenant renittente en quelques jours.

- Température oscillante entre 38° et 39° du 12ème au 16ème jour.

- Le 17ème jour, incision de l'abcès.

- Guérison très rapide en 3 jours.

OBSERVATION N° 13 -

Madame C. - Primipare.

- Le 6ème jour des suites de couches, lymphangite du sein droit. Température à 38°8. Compresses humides chaudes.

- Le 7ème jour, température à 39°. La malade accuse une douleur spontanée de la moitié supérieure du sein.

- Le 8ème jour, malgré les compresses renouvelées très régulièrement toutes les 3 heures, on sent, à la palpation, des noyaux durs et douloureux et on note un oedème discret de la moitié supérieure du sein. Température à 38°5.

- On associe pénicilline et propidon.

- Du 9ème au 16ème jour, température oscillante entre 38° et 39°. Le 16ème jour, collection très fluctuante du quadrant supéro-interne.

- Le 17ème jour, incision de l'abcès.

- Guérison rapide en 5 jours.

OBSERVATION N° 14 -

Madame M. - Secondipare -

- Allaitement artificiel pour cardiopathie. Cette malade reçoit donc les premier, deuxième et troisième jours des suites de couches, un stilboestrol.

- Le 12ème jour, lymphangite du sein gauche avec grosse participation parenchymateuse. Température à 38°3.

- D'emblée , on ajoute aux compresses humides, la pénicilline et le propidon.

- En dépit du traitement, le 14ème jour, on trouve dans le quadrant inféro-externe, une masse de la grosseur d'un oeuf. Température à 39°.

- Evolution rapide vers la suppuration les jours suivants.

- Le 18ème jour, incision de l'abcès.

- Trente-six heures après, la température remonte à 38°5. Une autre collection se forme, cette fois dans le quart supéro-externe.

- Le 25ème jour, deuxième incision.

- Apyrexie lente à s'établir; la malade quitte le service seulement le 33ème jour.

OBSERVATION N° 15 -

Madame A. - Primipare -

- Le 4ème jour des suites de couches, gros engorgement du sein gauche; sein noduleux, douloureux, avec de grosses crevasses. Température à 39°.

- On commence la pénicilline : 600.000 unités par 24 heures et pendant 4 jours.

- Le 7ème jour, le sein est encore gros, encore douloureux et la température est restée accrochée à 38°.

- On décide de continuer la pénicilline 3 jours encore et de commencer le propidon : en 6 jours, 3 injections de 1, 2, 3 cm³.
- Le 8ème jour, lymphangite du sein droit.
- Malgré le traitement, les deux seins évoluent vers la suppuration.
- Le 16ème jour, incision du sein gauche.
- Le 17ème jour, incision du sein droit.
- Guérison assez rapide des deux seins.

OBSERVATION N° 16 -

Madame W. - Secondipare -

- Au 4ème jour des suites de couches, lymphangite précoce du sein gauche. Température à 40°. Pansements humides.
- Le 6ème jour, on sent nettement plusieurs noyaux dans le sein, surtout dans la moitié inférieure. Température à 38°2.
- On commence la pénicilline et le propidon.
- Ce traitement intense n'empêche pas une collection purulente de se former.
- Le 18ème jour, incision de l'abcès.

OBSERVATION N° 17 -

Madame T. - Secondipare -

- Le 9ème jour des suites de couches, lymphangite du sein gauche; température à 38° 5. Compresses humides.

- Le 11ème jour, la rougeur a disparu, mais douleur vive à la palpation de la moitié supérieure du sein et infiltration superficielle péri-aréolaire; température à 37°9.

- Le 12ème jour, l'infiltration s'étend en profondeur, le sein est très douloureux.

- On commence la pénicilline et le propidon: 600.000 unités de pénicilline par 24 heures pendant 4 jours et 3 injections de propidon (1, 2, 3 cm³).

- Mais la masse parenchymateuse ne régresse pas; elle se ramollit et le 19ème jour, l'abcès est très bien collecté.

- Le 20ème jour, incision de l'abcès.

- Guérison rapide et complète en 4 jours.

OBSERVATION N° 18 -

Madame M. - Primipare -

- Malade ayant eu une grosse montée laiteuse, nécessitant des compresses humides pendant deux jours.

- Le 6ème jour, seins un peu sensibles, mais pas de température.

- Le 8ème jour, lymphangite du sein droit intense et infiltration diffuse et très douloureuse du sein gauche. Température à 38°7.

- On recommence les compresses humides auxquelles on ajoute de la pénicilline et du propidon.

- Malgré tout, l'infiltration du sein gauche augmente, se collecte en 6 jours dans le quart inféro-externe du sein. La lymphangite du sein droit a régressé.

- Le 16ème jour, incision du sein gauche.

- Malade quitte le service le 22ème jour avec des seins ayant retrouvé leur souplesse et indolores.

On ne pouvait donc guère compter sur l'efficacité de ce traitement. Et nous ne savions plus quelle thérapeutique employer devant une complication mammaire menaçant d'évoluer vers l'abcès. La thérapeutique instituée ne donnait pas la certitude absolue d'éviter l'évolution vers la suppuration. Il était impossible dans les premiers jours, d'établir un pronostic certain et d'affirmer que l'intervention chirurgicale serait évitée. Nous avions l'impression que le staphylocoque se jouait de toute médication et qu'il donnait, selon ses fantaisies, soit une poussée lymphangitique banale et fugace, soit un abcès.

4) - Traitement par l'Auréomycine -

C'est dans cet état d'esprit que nous avons eu connaissance des publications déjà nombreuses sur l'Auréomycine et son emploi dans les complications mammaires.

Rappelons les communications de Messieurs A. BROHIER, E. ROCHET et NOEL; de Messieurs J. GAUCHERAND, NEUMANN et LA SELVE à la Société de Gynécologie et l'Obstétrique de LYON en juin 1950; celle de Messieurs LEPAGE, GRANJON et CULIOLI à la Société de

Gynécologie et d'Obstétrique de PARIS en décembre 1950. La thèse de LAMARQUE en décembre 1950; celle de B. MUNCK en 1951. L'article de L. COURNOT dans la Semaine Médicale du 6 juin 1951.

Tous ces auteurs arrivent aux mêmes conclusions : efficacité certaine de l'Auréomycine à une seule condition : la précocité du traitement. Cette thérapeutique offre un autre avantage : sa facilité d'administration, évitant aux malades les injections douloureuses ou répétées.

Il n'est pas nécessaire de rappeler ce qu'est l'Auréomycine; tout le monde actuellement connaît ce médicament aux indications si nombreuses et si variées.

INDICATIONS -

Nous avons essentiellement traité des lymphangites avec participation plus ou moins importante du parenchyme mammaire. Une fois, nous l'avons essayée avec succès après échec de la pénicilline et du propidon d'une part; et échec de la pénicilline, du propidon et de la chirurgie d'autre part. Enfin, nous l'avons utilisée après incision d'un énorme abcès qui, nous semblait-il, allait laisser d'importantes séquelles; il n'en fut rien.

POSOLOGIE -

Notre traitement a été aussi précoce que possible : si, au bout de 24 heures, le traitement classique n'amenait pas une amélioration nette, nous mettions les malades à 3 grammes d'auréomycine par jour, 12 capsules prises en 4 fois. Ceci pendant 2 jours. Puis, suivaient 2 jours pendant lesquels nous ne donnions que 2 grammes. Enfin, pendant 2

autres jours, nous ne donnions plus que 1 gramme. C'est à dire, au total, 6 jours de traitement et 12 grammes d'auréomycine. Très rarement, nous avons dû donner 2 ou 4 grammes en plus pour amener une guérison complète. Jamais, le traitement n'a duré plus d'une semaine.

Voici 20 observations de malades traitées suivant le schéma précédent :

OBSERVATION N° 1 -

Madame B. - Primipare -

- Le 6ème jour des suites de couches, la malade se plaint d'une douleur dans son sein gauche.

- Le 7ème jour, température à 38°9, lymphangite du sein gauche avec douleurs spontanées, oedème, induration profonde des 2 quadrants supéro et inféro-externes du sein.

On donne à la malade 3 gr. d'auréomycine qui seront renouvelés le lendemain.

- Le 9ème jour, le sein n'est plus douloureux, un noyau gros comme un oeuf de pigeon seul persiste. Température à 37°8. On continue l'auréomycine à la dose de 2 gr. pendant 48 heures.

- Le 11ème jour température à 37°, le noyau a maintenant le volume d'une noisette. Pendant 2 jours encore, on donne 1 gr. d'auréomycine.

- Le 13ème jour, le sein est absolument normal.

OBSERVATION N° 2 -

Madame C. - Troisième pare -

- Malade ayant fait un abcès du sein bilatéral à une grossesse antérieure. Mais les cicatrices sont souples et non adhérentes. On décide de commencer l'allaitement maternel.

- Le 3ème jour des suites de couches, grosse montée laiteuse nécessitant des compresses chaudes.

- Le 5ème jour, engorgement des deux seins. Seins douloureux, avec noyaux très sensibles au niveau des cicatrices. Température à 38°3.

On prescrit 3 gr. d'auréomycine par jour à continuer pendant 48 heures.

- Dès le lendemain, la malade se plaint beaucoup moins de ses seins. Localement, sensibilité moindre. Les noyaux n'ont pas diminué.

- Le 7ème jour, température à 37°6. Les seins sont beaucoup moins tendus, les noyaux ont nettement régressé. On donne à la malade 2 gr. d'auréomycine par 24 heures pendant 2 jours.

- Le 9ème jour, plus de température, plus de douleurs, une petite induration superficielle insensible persiste autour des cicatrices. 1 gr. d'auréomycine chaque jour le 9ème et le 10ème jour.

- Le 12ème jour, la malade quitte le service avec des seins absolument normaux.

OBSERVATION N° 3 -

Madame A. - Primipare -

- A partir du 6ème jour des suites de couches, la température augmente progressivement pour atteindre 39° le 8ème jour. A l'examen, traînées lymphangitiques des deux seins, mais noyaux dans le sein droit, de 5 à 7 heures.
- Devant la bilatéralité des signes, on commence l'auréomycine : 3 gr. par jour pendant 2 jours.
- Le 8ème jour, la température est redevenue normale, le sein gauche est souple et indolore, mais le sein droit conserve ses noyaux. 2 gr. d'auréomycine chaque jour les deux jours suivants.
- Le 10ème jour, les noyaux, quoiqu'un peu diminués, persistent. 1 gr. d'auréomycine pendant 48 heures encore.
- Le 13ème jour, la malade sort, apyrétique, avec des seins indolores, mais 2 noyaux gros comme un pois persistent dans le sein droit.

OBSERVATION N° 4 -

Madame P. - Secondipare.-

- Malade ayant eu un abcès du sein droit au cours d'une grossesse antérieure. Allaitement maternel malgré tout car la cicatrice n'est pas du tout adhérente.
- Le 3ème jour des suites de couches, le sein est un peu engorgé mais pas douloureux; pas de température. Compresses chaudes.

- Le 6ème jour, la malade se plaint spontanément de son sein; à l'examen, gros sein rouge dans son ensemble, la cicatrice est turgescente, et la palpation est impossible, la malade protège son sein de sa main. Température à 39°.

On donne 6 gr. d'auréomycine en 2 jours.

- Le 8ème jour, la malade est raisonnable, elle laisse examiner son sein, qui est nettement moins rouge et nettement moins tendu. Température à 38°. On donne 4 gr. d'auréomycine pour les 2 jours suivants.

- Le 10ème jour, le sein a retrouvé pratiquement toute sa souplesse. Température à 37°. 1 gr. d'auréomycine ce jour à renouveler le lendemain.

- Le 13ème jour, le sein est absolument normal et l'allaitement est repris sur la demande de la malade.

OBSERVATION N° 5 -

Madame C. - Secondipare -

- Au 8ème jour des suites de couches, apparition d'une lymphangite superficielle du quadrant inféro-interne du sein gauche, très peu douloureuse à la pression. Température à 38°9.

Compresses chaudes renouvelées toutes les 3 heures.

- Le 9ème jour, aucune amélioration, mais oedème, induration profonde de la grosseur d'une noix.

Auréomycine : 3 gr. par 24 heures.

- Le 11ème jour, régression spectaculaire de tous les signes : le sein est méconnaissable, il est presque normal. Température à 37°2.

Pendant 2 jours encore, 2 gr. d'auréomycine.

- Le 13ème jour, guérison clinique totale. On ne poursuit pas le traitement.

OBSERVATION N° 6 -

Madame R. - Primipare -

- Au 6ème jour des suites de couches, la malade ressent quelques douleurs dans son sein droit. Pas de T°.

- Les jours suivants, les douleurs se font plus violentes.

- Le 8ème jour, température à 38°6. L'examen montre un engorgement laiteux important, la palpation révèle l'existence d'un nodule dur dans le quadrant inféro-externe. Sur ce nodule, la peau est le siège d'une lymphangite.

Auréomycine : 3 gr. par jour pendant 2 jours
2 gr. par jour pendant 2 jours
1 gr par jour pendant 2 jours.

- Le 11ème jour, le sein était souple, le nodule était presque disparu, la température à 37°.

- Le 14ème jour, la malade quitte le service, complètement guérie.

OBSERVATION N° 7 -

Madame C. - Quatrième pare -

- Le 6ème jour des suites de couches, sein droit douloureux et empâté. T° à 38°2. Pansements humides chauds.

- Le 7ème jour, même température, lymphangite de toute la moitié inférieure du sein, grosse induration parenchymateuse exquisément douloureuse.

Auréomycine : 3 gr. par jour pendant 2 jours.

- Le 9 ème jour, la rougeur a disparu, l'induration a régressé nettement, T° à 37°9.

2 gr. d'auréomycine par jour pendant 2 jours.

- Le 11ème jour, souplesse presque normale du sein. T° à 37°.

1 gr. d'auréomycine pendant les 48 heures suivantes.

- Le 14ème jour, guérison clinique complète.

OBSERVATION N° 8 -

Madame P. - Secondipare -

- Allaitement artificiel décidé car bouts de sein très ombiliqués. Après l'accouchement, bandage compressif des seins, et pendant trois jours, une piqûre de cycloestrol.

- Le 12ème jour des suites de couches, lymphangite typique du sein droit. T° à 40°. A l'examen, la palpation révèle une infiltration profonde du quart supéro-externe

du sein.

Auréomycine : 3 gr. par jour pendant 2 jours.

- Le 13ème jour, régression déjà importante de tous les signes locaux et généraux. L'auréomycine est continuée à raison de 2 gr. par 24 heures et pendant 2 jours.

- Le 15ème jour, le sein est pratiquement normal, seule une petite induration péri-aréolaire persiste. T° à 37°.

Par sécurité, on donne encore 1 gr. d'auréomycine par jour pendant 48 heures.

- Le 18ème jour, la malade sort, complètement guérie.

OBSERVATION N° 9 -

Madame Q. - Secondipare.-

- Le 10ème jour des suites de couches, la malade entre à la maternité, avec une T° à 39°4.

L'examen montre des seins ombiliqués et la tétée n'est facile qu'à gauche. Présence d'une lymphangite bilatérale prédominant au sein droit, au niveau du quadrant inféro-interne, avec même à cet endroit, une petite zone en voie de ramollissement.

Auréomycine : 3 gr. pendant 5 jours, 15 gr. en tout.

- Au bout de 48 heures de traitement, amélioration considérable.

- Guérison totale est obtenue.

OBSERVATION N° 10 -

Madame R. - Primipare -

- Au 3ème jour des suites de couches, crevasses bilatérales sur des mamelons peu développés.

- Le 8ème jour, la malade accuse une douleur assez vive dans le sein gauche, s'irradiant vers l'aisselle; pas de T°, examen local négatif. Pansements humides chauds.

- Le 9ème jour, apparition d'un petit noyau induré péri-aréolaire et traînées lymphagiques filant vers l'aisselle, douleur vive, T° à 38°9.

Auréomycine : 3 gr. par jour.

- Le lendemain, T° à 38°.

- Au 3ème jour du traitement, apyrexie, aucune douleur, mais devant la persistance du petit noyau, on poursuit le traitement 24 heures encore.

- Après avoir reçu 12 gr. d'auréomycine en 4 jours, la malade quitte le service, guérie.

OBSERVATION N° 11 -

Madame L. - Quatrième pare -

- Le 12ème jour des suites de couches, lymphangite du sein droit, T° à 39°. Frissons répétés, douleur, rougeur discrète, empâtements assez étendus.

- On commence dès ce jour l'auréomycine :

3 gr. par jour et pendant 2 jours,
2 gr. par jour et pendant 2 jours,
1 gr. par jour et pendant 2 jours.

- Après 3 jours de traitement, température à 37°5. Localement, douleur et rougeur ont disparu, sein encore un peu tendu. Etat général de la malade excellent.

- Le 17ème jour, la guérison totale est obtenue.

OBSERVATION N° 12 -

Madame V. - Primipare -

- Le 8ème jour des suites de couches, lymphangite banale du sein gauche. Température à 39°4. Compresses chaudes alcoolisées et succipompage.

- Le 9ème jour, aucune amélioration locale, température à 40°.

- Le 10ème jour, la température est à 38°, mais apparition d'un volumineux noyau douloureux et ferme dans la moitié supérieure du sein. Dans l'aisselle, un ganglion très sensible gêne la malade.

- Auréomycine.

- Le 6ème jour du traitement, la malade ayant reçu 12 gr. d'auréomycine (6 gr. les 48 premières heures, 4 gr. les 2 jours suivants, et 2 gr. les 2 derniers jours), le sein est absolument normal et l'allaitement est repris.

OBSERVATION N° 13 -

Madame G. - Troisième pare -

- Malade arrivée à la Maternité avec de gros furoncles des membres inférieurs et supérieurs.

- Le 7ème jour des suites de couches, température à 38°6, sans cause apparente, on trouve seulement sur le sein droit un petit point de folliculite.

- Le 9ème jour, grosse induration douloureuse du quart supéro-externe du sein droit, avec oedème péri-mammaire; T° à 38°9.

- On commence dès ce jour l'auréomycine : 3 gr. par 24 heures.

- Le 10ème jour, la température est tombée, mais aucun changement local. On redonne 3 gr. d'auréomycine.

- Le 11ème jour, l'oedème a complètement disparu, le sein est pratiquement indolore. 2 gr. d'auréomycine par 24 heures et pendant 2 jours.

- Le 13ème jour, l'induration n'est plus que du volume d'un pois. Le reste du sein est parfaitement souple. On donne encore 1 gr. d'auréomycine.

- Le 14ème jour, la malade demande à partir avant d'avoir terminé le traitement. L'induration a encore diminué depuis la veille; les furoncles ont été favorablement influencés par l'auréomycine.

OBSERVATION N° 14 -

Madame C. - Secondipare -

- Le 4ème jour des suites de couches, gros engorgement des 2 seins. Seins très tendus, durs et douloureux. Température à 38°6. Compresses humides alcoolisées et auréomycine : 3 gr. par jour et pendant 2 jours et 2 gr. par jour pendant 2 autres jours.

- Le 7ème jour, les seins sont redevenus parfaitement souples. La T° est à 37°4. L'allaitement est repris.

- Le 10ème jour, nouveau clocher thermique à 39°. A l'examen, lymphangite du sein gauche, douleur intense à la palpation pourtant douce du sein.

- L'auréomycine est recommencée : 3 gr. par 24 heures pendant 3 jours.

- Le 15ème jour, la malade quitte le service, apyrétique, son sein gauche complètement guéri.

OBSERVATION N° 15 -

Madame D. - Primipare -

- Le 8ème jour des suites de couches, la malade se plaint de douleurs dans le sein droit. Pas de température et localement, on ne trouve rien. Par prudence, on met des compresses humides alcoolisées.

- Le 9ème jour, T° à 38°3. Dans le quadrant supéro-interne du sein, on sent un noyau gros comme un abricot, très sensible. Auréomycine : 3 gr.

- Le 10ème jour, aucun changement. A nouveau 3 gr. d'auréomycine.

- Le 11ème jour, T° à 37°6. Le sein n'est plus douloureux et le noyau est diminué de moitié. 2 gr. d'auréomycine sont donnés les 2 jours suivants.

- Le 13ème jour, T° à 36°8. Le noyau est pratiquement disparu. 1 gr. d'auréomycine ainsi que le jour suivant.

- Le 15ème jour, guérison complète.

OBSERVATION N° 16 -

Madame E. - Secondipare -

- Le 6ème jour des suites de couches, apparition d'une petite plaque d'allure lymphatique du sein droit, sans douleur, grosse comme une pièce de 5 francs. Pas de T°.

- Régression complète avec des compresses humides alcoolisées.

- Le 9ème jour, les quadrants inféro-internes droit et gauche sont le siège de lymphangite avec oedème et induration douloureuse. T° à 38°9. Auréomycine : 3 gr.

- Le lendemain, T° à 37°8. La lymphangite a régressé, ainsi que l'oedème, mais la pression demeure encore un peu douloureuse; - 3 gr. d'auréomycine à nouveau.

- Le 11ème jour, guérison totale à droite. A gauche, il persiste une zone tendue et sensible. Auréomycine : 2 gr. ce jour et le jour suivant.

- Le 13ème jour, T° à 37°. Le sein gauche est presque normal.

- Le 15ème jour, les deux seins sont parfaitement souples et indolores. La malade quitte le service.

OBSERVATION N° 17 -

Madame C. - Primipare -

- Le 9ème jour des suites de couches, T° à 39°2. A l'examen, lymphangite du sein gauche avec grosse induration de toute la moitié supérieure du sein et oedème. Compresses chaudes et auréomycine :

3 gr. par jour pendant 48 heures.

2 gr. par jour ensuite pendant 2 jours.

1 gr. enfin le 13 et 14ème jour des suites de couches.

- Le 15ème jour, guérison complète.

OBSERVATION N° 18 -

Madame L. - Primipare -

- Le 8ème jour des suites de couches, lymphangite banale du sein droit. T° à 38°9. Compresses humides alcoolisées.

- Malgré le traitement classique, le 10ème jour, la T° est à 38°6 et le sein est empâté et très douloureux.

On commence la pénicilline associée au propidon : 600.000 unités de pénicilline par jour pendant 4 jours. 3 injections de pro-

pidon, une tous les 2 jours, de 1,2,3 cm³.

- Le 16ème jour, la T° est à 37° depuis 24 heures et les seins sont souples et indolores.

- Le 18ème jour, nouveau clochër thermique à 39°. A l'examen, le sein gauche est le siège d'une lymphangite très étendue, la moitié externe du sein est rouge et sensible et il existe une petite plaque indurée péri-aréolaire.

- Au traitement habituel, compresses humides, on ajoute de l'auroéomycine : la malade prend 10 gr. d'auroéomycine en 5 jours, à raison de 2 gr. par jour.

- Le 25ème jour, la malade sort complètement guérie.

OBSERVATION N° 19 -

Madame R. - Troisième pare -

- Le 7ème jour des suites de couches, lymphangite banale du sein gauche. Traitement classique. T° à 38°8.

- Le 9ème jour, la température persiste. Rougeur de tout le sein, gros oedème, induration parenchymateuse de toute la moitié inférieure du sein.

- Pénicilline + propidon : 6000.000 unités de pénicilline par jour pendant 4 jours. Une injection tous les deux jours de propidon, de 1, 2, 3 cm³.

- Malgré ce traitement intensif, le sein ne s'arrange pas. L'induration se ramollit.

- Le 16ème jour, l'abcès est bien collecté.

- Le 17ème jour, incision de l'abcès .

- Mais le sein reste gros, douloureux et la malade est subfébrile.

- Le 20ème jour, on a l'impression qu'une seconde collection se forme dans le quart supéro-interne.

Auréomycine : 3 gr. pendant 4 jours.
 2 gr. pendant 2 jours,
soit 16 gr. en tout.

- Régression rapide de tous les signes.

- Le 30ème jour, la malade quitte le service, complètement guérie.

OBSERVATION N° 20 -

Madame P. - Cinquième pare -

- Cette malade entre dans le service pour abcès du sein droit. A l'examen, gros sein rouge, grosse tuméfaction prête à se fistuliser dans le quadrant inféro-externe. Le reste du sein est empâté, oedématié et douloureux. Température à 37°9.

- L'abcès est incisé le jour même de l'entrée de la malade.

- Et on donne de l'auréomycine : 1 gr. par jour pendant 3 jours.

- Le 4ème jour après l'incision, le sein est indolore. Et la cicatrisation est en bonne voie.

- Le 6ème jour, la malade quitte le service. Son sein est redevenu presque normal.

RESULTATS -

Sur les 20 observations citées, nous n'avons pas eu à enregistrer d'échecs.

Nous présentons sous les numéros 1, 8, 11, et 12, l'histoire clinique de malades qui semblaient devoir faire des complications mammaires graves; deux de nos accouchées (obs. N° 2 et 4) avaient déjà fait des abcs du sein au cours d'une grossesse antérieure; dans les observations 18, 19 et 20, nous avons dû employer l'auréomycine après échec de la pénicilline, du propidon ou de la chirurgie; enfin, plusieurs de nos malades présentaient une atteinte bilatérale (obs. N° 2, 3, 9 et 14). Tous ces cas ont favorablement réagi au traitement par l'auréomycine et avec une dose moyenne de 10 à 12 gr. étalée sur 6 jours, nous avons obtenu un résultat clinique satisfaisant. Le lendemain du début du traitement, l'amélioration est déjà nette : les douleurs locales disparaissent, l'empâtement parenchymateux s'estompe, la température redescend vers 37°. Vers le 4ème jour, le sein est redevenu pratiquement normal.

L'auréomycine stoppe l'évolution traînante qui succède à des traitements antérieurs. Enfin, comme le dit Monsieur COURNOT, après incision chirurgicale, "l'auréomycine n'est plus alors qu'un adjuvant, mais un adjuvant très utile. Elle écourte en effet la durée du drainage, facilite grandement la cicatrisation et évite les évolutions traînantes et récidivantes autrefois fréquentes".

Nous devons toutefois remarquer que pour deux de nos malades (obs. N° 13 et 15), dont les cas au départ semblaient peu alar-

mants, l'auréomycine n'a pas amené la cédation immédiate que nous retrouvons dans nos autres observations. En outre, dans l'observation N° 14, nous voyons que l'infection a repris son cours alors qu'un traitement par 10 gr. d'auréomycine en 4 jours avait provoqué la régression de tous les signes cliniques, et permis la reprise de l'allaitement; un nouveau traitement de 9 gr. en 3 jours a eu raison de cette nouvelle poussée.

Cependant, l'auréomycine a fini par triompher de ces infections mammaires.

INCONVENIENTS -

Nous n'avons observé, au cours de nos traitements, à la Maternité de CAEN, aucun accident grave comme celui que rapportent Messieurs VAYSSIERE et SERMENT à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de MARSEILLE le 21 Avril 1951, pas plus que d'érythème scarlatiniforme ou polymorphe qui semble consécutif à des traitements massifs.

Les seuls troubles observés ont été des gastralgies bénignes et de légères stomatites, qui n'ont nécessité aucune médication particulière tels que sels de bismuth, vitamine B ou anti-histaminique de synthèse qui doivent être parfois prescrits au cours de traitements plus intenses ou plus prolongés. Les nourrissons mis au sein après traitement de la mère n'ont présenté aucun signe d'intolérance.

L'auréomycine nous a donné des résultats incontestablement supérieurs à tous ceux obtenus avec les thérapeutiques utilisées auparavant.

Est-ce dire que l'auréomycine permet d'établir un traitement "définitivement valable" des complications mammaires ? Actuellement, elle est le traitement le plus actif des complications mammaires. Conservera-t-elle cette supériorité ?

Monsieur le Professeur LACOMME, dans son service de la Maternité de PORT-ROYAL, a déjà noté des succès moins brillants et moins spectaculaires que ceux enregistrés au début.

Nous avons résumé dans ce tableau, les divers traitements utilisés dans les observations précédentes et les résultats obtenus.

Traitement utilisé	Nombre de cas traités	Succès	Echecs
Propidon	8	6	2
Pénicilline	19	18	1
Pénicilline + Propidon	18	11	7
Auréomycine	20	20	0

CONCLUSIONS

I - Les infections puerpérales, jusqu'ici souci majeur des accoucheurs, ont pratiquement disparu. Cette heureuse constatation ne doit pas nous faire oublier l'obligation absolue de règles préventives très strictes contre l'infection puerpérale.

II - Les complications mammaires, par contre, ont augmenté considérablement ces dernières années, tant en fréquence qu'en gravité.

III - Les règles préventives de ces infections mammaires restent d'une efficacité douteuse.

IV - Le traitement par le propidon, outre les ennuis inhérents à ce médicament, est loin d'éviter toujours la suppuration. Sur 8 observations, nous avons eu 2 échecs.

V - La pénicilline utilisée seule dans les cas apparemment bénins, ne nous a donné qu'un échec sur 19 observations; mais dans tous les cas où l'amélioration ne se produisait pas rapidement, nous y avons associé le propidon et nous avons eu 7 échecs sur 18 observations.

VI - L'auréomycine, utilisée ensuite, seule dans tous les cas, même paraissant d'emblée sérieux, nous a donné 20 succès sur 20 observations.

Actuellement, l'auréomycine, à condition d'être utilisée précocement et à doses suf-

fisantes, apparaît donc comme le traitement de choix des complications mammaires. D'autant plus que, malgré son prix relativement élevé, elle ne présente pratiquement pas d'inconvénients. Nous ne pouvons affirmer que ce traitement met un point final aux traitements des abcès du sein, car l'auroéomycine ne conservera probablement pas toujours son efficacité actuelle.

L'avenir seul nous dira si nous assistons au "vieillissement" du traitement par auroéomycine. Cette crainte doit peut-être nous inciter à ne réserver ce précieux médicament que pour les cas où vraiment il est seul efficace.

-:-

Vu :
Le Président de thèse :
signé : M. LACOMME

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : JEAN SARRAIL.

BIBLIOGRAPHIE

C. ADLER

Traitement des abcès aigus du sein chez la femme.

(Monde Médical, Paris, 48 : 83-85, Février Ier/1938).

E. ARONDEL

Contribution à l'étude des complications mammaires dans les suites de couches et à leur traitement.

(Thèse de Médecine de Paris, 1943, N° 325).

BAILEY

Traitement des abcès du sein.

(Brit. Med. Journ. N° 3779 10 Juin 33 p. 1001).

BANSSILLON (E) et GABRIEL (H)

Guérison des complications inflammatoires et des suppurations mammaires de l'allaitement par l'auréomycine.

(in LYON Médical du 5 décembre 1950).

BARBER M., HAYHOE F. et WHITEHAED J.

L'infection staphylococcique pénicillino-résistante dans une maternité d'hôpital.

LANCET, 17 déc. 1949, 257, N° 6590, 1120-1125.

BATTLE, BAILEY

Traitement de l'abcès intra-mammaire
aigu par incision et par aspiration.
(The Brit. J. of Surgery vol. 23
N° 91, Janv. 36).

BENOIT D.

Contribution à l'étude d'un nouvel
antibiotique : l'auréomycine.
(Thèse de Paris 1949)

R.B. OURG

La pathologie de la glande mammaire
au cours de la gestation (abcès).
(Gynéco. et Obsté. 39 : 427-465,
June 1939).

BRAVARSKI

Abcès du sein.
(Journal des Praticiens, n° 10, 8
mars 1951, p. 113).

BREDINE, HOULNE et ROCQUE

Traitement des crevasses du sein
par la pommade à la folliculine.
(In Gyneco. et Obst. Soc. de Lille
séance du 27 mars 1946, p. 147).

E. BREMOND, A. MARC

Effets de l'infiltration du stellai-
re sur la lymphangite du sein.
(Soc. de Gyneco et d'Obst. de Mont-
pellier, séance du 28 Janvier 1949).

BROCHIER A., ROCHET E. et NOEL G.

Evolution comparée des lymphangites
du sein avant et après l'emploi de
l'auréomycine.
(in Gyneco. et Obst. Soc. de Lyon,
séance du 5 juin 1950).

P. BROCC, L. DUCHON

Essais de traitement par les lysats vaccins et considérations bactériologiques sur les infections puerpérales et les abcès du sein.
(Rev. Franc. de Gynéco et d'Obst.
26 : 483-504, sept. 31).

CHANDLER C.A., SCHOENBACH E.B. et BRYER M.S.

Observations on staphylococcal infections treated with aureomycin.
(Pediatrics 4 : 149 (Au.) 1949).

DA COSTA BAUOS A.

Chimiothérapie et antibiothérapie des infections puerpérales.
(Rev. portuguesa obst. gyn. et Chir.
1949, 2, pp. 199-250).

L. COURNOT

Auréomycine et complications mammaires de l'allaitement.
(La Semaine Médicale. N° 25 6.6.51).

DELBET

Abcès du sein.
(Jour. des Praticiens. 10.12.1931,
p. 660/61).

FEIKEMA H.

Traitement des abcès du sein.
(LANCET N° 5881, 16.5.36).

FORBES G.

L'infection par staphylocoques pénicillino-résistants à l'hôpital et en clientèle privée.
(Brit. Med. J. 10.9.49 N° 4627, 569-571).

GARMIER R.

Quelques remarques à propos du traitement des abcès du sein.
(In. Gyneco. et Obst. Soc. de Lyon, séance du 6 mars 1950, tome 2, N° 4).

GAUCHERAND J. , NEUMANN et LA SELVE

Premiers résultats du traitement des mastites puerpérales aiguës par l'auréomycine.
(Soc. Gynéco. Obst. Lyon 5.6.50 in Bull. Asso. Gynéco. et Obst. 1950. 2. 4. P. 448/449).

GAUGIER

Le traitement actuel des abcès du sein par la vaccination associée au traitement chirurgical.
(Thèse Bordeaux 1929/30).

GEISENDORF W.

Epidémie d'abcès du sein.
(In. Gyneco. et Obst. Soc. de la Suisse Romande, séance du 1.5.1950 p. 380/383).

GUILBEAU J.A., SCHOENBACH E.B., SCHAUB I.G. & LATHAM D.V.

L'auréomycine en obstétrique : thérapeutique et prophylaxie.

GUILLERMIN A.

A propos d'abcès du sein.
(In. Gyneco et obst. Soc. de Nancy, séance du 18.3.48).

GUINNESS Mc F.G. et MUSGROVE G.S.

An. epidemy of puerperal mastitis.
(carred M.A.J. 61 : 356. oct. 1949.)

HEINZ LUFFE

Pénicilline locale dans le traitement
de la mastite puerpérale abcédée
(Mediz. Klin. 1951, II, p. 332/333).

HERVET E. et M. TORRE

Auréomycine et abcès du sein.
(Le Progrès Médical 1951, I, p.3/4).

HODGKINSON C.P. et NELSON R.E.

Le traitement par la pénicilline des
mastites aiguës.
(J. Am. Med. Ass. 22.9.1945. 129.
N° 4 pp. 269/270).

ISSERMANN J.J.

Contribution à l'étude du traitement
par la pénicilline des abcès du
sein au cours de l'allaitement.
(Thèse Paris 1949).

JACOBI

Traitement de l'inflammation fébrile
des seins dans les suites de cou-
ches.
(Deutsche Mediz. Wochenschr. N° 27.
5.7.40, p. 734).

P.S. JEFFREY

Traitement de la mastite puerpérale
aiguë.
(Edinburgh. Medical Journ. , 54,
8.8.1947, pp. 442/446).

KOTEK

Penicillin therapy of abcess for-
ming mastitis.
(Wien Klin.Wochenschr. 60 : 274/276,
april 30. 48..

KOURILSKY R., MERCIER P., PILLET J.

La staphylococcie, maladie chronique et contagieuse.

(Presse Médicale du 31.3.1951 - 417)

KREISS

Traitement chirurgical de la mastite puerpérale abcédée.

(In Gyneco. et Obst. Nov. 1947, 36, n° 5).

LAMARQUE

Le traitement des abcès du sein par l'auréomycine.

(Thèse Paris 1950).

LANE V., VANICEK F. et DANIEL J.

Epidemiology and prophylaxis of mastitis.

(leskoslov gynack : 28: 465/473/49).

LAPEYRE, RAMIEU, CAMPO et BRINGER

Abcès du sein et pénicilline.

(In Gynéco et Obst. Soc. de Montpellier, séance du 11 juin 1947, p. 1223).

G. LE LORIER

Traitement actuel des lymphangites et abcès du sein au début de la période d'allaitement.

Concours Médical N° 21, 26 mai 1951, p. 2009/2010).

F. LEPAGE, A. GRANJON, R. CULIOLI

L'auréomycine dans le traitement des mastites puerpérales.

(La Médecine n° 7, Juillet 1951, p. 5/9).

LEPAGE, GRANJON et CULIOLI

L'auroéomycine dans le traitement
des abcès du sein.

(Soc. Gyn. et Obst. 4.12.50 in
Presse Médicale 1951, 59, 21, p. 429).

LONG, CHANDLER, BLISS, BRYER et SCHOENBACH

The use of antibiotics

(J.A.M. 141 : 315. 12/49).

MAHON et CHASTRUSSE

Traitement des abcès du sein par la
pénicilline.

(In Gyn. et Obst. Soc. de Bordeaux,
séance du 21 janv. 1948, T. 47, an-
née 1948).

MONTREUIL B.

Traitement des mastites puerpérales.

(Rev. Franc. Gynec. et Obst. 1950,
4, p. 188/190).

MOUGENOT

Les abcès du sein du post-partum.

(La Sage-Femme et le Puericulteur,
N° 568, juin 1950, pp. 3/15).

MOUGANOT et SARLIN

La valeur des antibiotiques moder-
nes dans le traitement actuel des
abcès du sein.

(Soc. Chirur. Paris 7/6/50 in Presse
Médicale 1950, 58, 60, p. 1034).

B. MUNCK

Le traitement des complications
mammaires de l'allaitement par
l'auroéomycine.

(Thèse de Lyon 1951).

PAUCOT et BEDRINE

L'anatoxine staphylococcique dans le traitement des lymphangites du sein. (In gyn. et obst. soc. de Lille, séance du 3/7/1941).

PORTES L., MAYER H., MICHEL et WOLFROMM H.
Traitement des affections mammaires par la pénicilline.

(In gyn. et obst. 1944-45, n° 12, 470-471).

ROCHET E., MARAL H., GABRIEL H. et BOURNES R.
Premiers résultats du traitement des complications des infections mammaires de l'allaitement par l'auréomycine.

(Communication à la Soc. de gyn. et d'obst. de Lyon - séance du 8.5.1950, 343).

TRILLAT, NOTTER, THIBAUT de BEAUREGARD et BOURBON

Vingt-sept cas de pénicillino-thérapie locale et générale dans les abcès du sein.

(Soc. de Lyon, séance du 3.II.1947, p. III4/III5).

TRILLAT, NOTTER, BERTOYE et NOEL

Etude statistique, clinique et bactériologique des abcès du sein traités à l'infirmerie de la clinique obstétricale au cours des années 1947-1948.

(Soc. de Lyon, séance du 4.4.1949 294-296).

VAYSSIÈRE E. et SERMENT H.

Accident grave au cours du traitement d'un abcès du sein par l'auréomycine.

(Gyn. et Obst. 1951, 3, N° 3, 455-456.)

JANE WALTHER

La lymphangite du sein dans les suites de couches et ses conséquences pour le nouveau-né.
(Thèse Paris 1941).

